



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FACTORES DETERMINANTES DEL ABSENTISMO EN CONSULTAS EXTERNAS DE LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

TESIS DOCTORAL

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

DOCTORANDO/A: M^a LOURDES JABALERA MESA

DIRECTOR: DR. JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO

Málaga, julio de 2.015



Publicaciones y
Divulgación Científica

AUTOR: María Lourdes Jabalera Mesa

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:

Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):

[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer
obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de
Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Salud

D. JOSÉ MIGUEL MORALES ASECIO, profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga,

CERTIFICA:

Que la tesis doctoral presentada por D./D^a **LOURDES JABALERA MESA** titulada:

FACTORES DETERMINANTES DEL ABSENTISMO EN CONSULTAS EXTERNAS DE LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

Ha sido realizada bajo mi dirección y considero que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendida y juzgada por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctor/a por la Universidad de Málaga.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expido y firmo el presente certificado en Málaga a 10 de mayo de 2015

Fdo.:

Prof. Dr. José Miguel Morales

Dedicado a la memoria
de mi padre.

AGRADECIMIENTOS

Cuando uno se embarca en un nuevo proyecto, el camino rodeado de personas que te quieren, te animan y te apoyan en todo momento, que no te dejan desfallecer y que te tienden una mano en las horas bajas, se anda hasta el final...

A mi director de tesis José Miguel Morales por apoyarme en este proyecto desde el principio, por su disponibilidad y dedicación a costa de horas de sueño, por compartir sus conocimientos conmigo y por ser un referente para la Enfermería.

A mis hijos por las horas robadas, los fines de semana en casa, el motivo por el que me levanto cada día y el amor incondicional. Ya puedo responder a la pregunta "¿Cuándo terminas mamá?"...

A mi marido, mi compañero, mi amigo, mi faro, el que me da luz en la oscuridad y sin el que no habría podido terminar, TQPS.

A mi madre, un ejemplo de valentía y superación, mamá de mayor quiero ser como tú... te quiero.

A mis hermanos porque siempre están ahí aunque estén lejos...

A todos los amigos que me han apoyado, animado, soportado y acompañado durante este camino sin protestar y en especial a Helena por escucharme cuando lo necesitaba y a Paco por su disponibilidad y buen hacer.

Y por último me gustaría agradecer a mi padre todo lo que me enseñó, gracias por lo que soy...

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Tanto el/la doctorando/a, como el Director de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	15
2. ABSTRACT.....	19
3. INTRODUCCIÓN	23
3.1 El problema del incumplimiento de citas.....	30
3.2 Marco conceptual.....	37
3.2.1 La accesibilidad a los Servicios de Salud	37
3.2.2 Las funciones básicas de los Servicios de Salud.	43
4. JUSTIFICACIÓN	51
5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	57
5.1 Hipótesis	59
5.2 Objetivos.....	59
5.2.1 General	59
5.2.2 Específicos	59
6. METODOLOGÍA	61
6.1 Diseño	63
6.2 Emplazamiento.....	64
6.3 Población y muestra	67
6.3.1 Sujetos de estudio	67

6.3.2	Criterios de inclusión	67
6.3.3	Criterios de exclusión	67
6.3.4	Cálculo de tamaño de muestra	68
6.3.5	Muestreo	68
6.4	Variables	69
6.5	Recogida de datos.....	73
6.6	Fuentes de datos	74
6.7	Análisis	74
6.8	Autorizaciones y aspectos éticos	76
6.8.1	Autorizaciones.....	76
6.8.2	Aspectos éticos	76
7.	RESULTADOS	79
7.1	Análisis univariante	81
7.2	Análisis bivariante.....	111
7.3	Análisis multivariante	147
7.4	Análisis económico.....	148
8.	DISCUSIÓN	157
8.1	Objetivo general	159
8.2	Objetivos específicos	163

1. RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de la persona, el proceso y el contexto que influyen en el cumplimiento de las citas de consultas externas en la Agencia Sanitaria Costa del Sol, describiendo el perfil del paciente que no acude a su cita, los motivos del absentismo y realizando una estimación del coste económico.

Método: Estudio observacional multicéntrico de casos y controles, mediante encuesta a pacientes citados en consultas ambulatorias durante 2013 y 2014 y un análisis de costes por consultas.

Resultados: Participaron en el estudio 882 pacientes (294 casos y 588 controles). El olvido (29,6%; n=87) y el fallo en la comunicación (16%; n=47), fueron los principales motivos manifestados por los pacientes absentistas. Una menor demora en la cita y la edad avanzada se asociaban significativamente con menos ausencias, al igual que haber frecuentado más las consultas en el último año. El coste económico fue superior a 3 millones de euros para una tasa de inasistencia del 13,8%.

Conclusiones: Los pacientes jóvenes que no frecuentan habitualmente las consultas constituyen el grupo de mayor riesgo de ausencia a las citas programadas en nuestra área sanitaria, por lo que se han de definir medidas dirigidas a este grupo de población. Los principales motivos del absentismo son evitables y podrían beneficiarse de intervenciones como la mejora de los procedimientos de comunicación o sistemas de recordatorio de citas.

2. ABSTRACT

Aim: To identify factors related to the people, the process and the context that determine the patient compliance with their appointments in the ambulatory outpatient services in the Health Care Agency Costa del Sol, to obtain the profile of patients who fail in their appointments, the reasons of this failure and an estimation of economic cost.

Methods: Observational multicentre case-control study, through a survey carried out to patients with an appointment in the ambulatory outpatient services during 2013 and 2014, and analysis of the cost per appointment.

Results: In total, 882 patients participated in the study (294 cases and 588 controls). The main reasons to miss an appointment were forgetting it (29, 6%; n=87), and shortfalls in communication (16%; n=47). Short delay in the appointment and older age were significantly associated with fewer absences, as well as having attended more consultations in the past year. The economic cost was more than 3 million euros for a non-attendance rate of 13.8%.

Conclusions: Young patients who usually do not visit outpatient clinics are at greatest risk of absence from scheduled appointments in our health area, so that measures aimed at this population group need to be deployed. The main reasons for absenteeism are preventable and could benefit from interventions such as improved communication procedures or appointment reminder systems.

3. INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria (OMS, 2013). El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) establece que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud. Para ello el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud; en la que se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, tales como el acceso a condiciones sanitarias adecuadas.

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- *Disponibilidad.* Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - no discriminación;
 - accesibilidad física;
 - accesibilidad económica (asequibilidad);
 - acceso a la información.

- *Aceptabilidad.* Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- *Calidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Miembros tres tipos de obligaciones:

- *Respetar.* Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud ("no perjudicar").
- *Proteger.* Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo regulando la actividad de los actores no estatales).
- *Cumplir.* Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas).

En definitiva, el derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible y esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud (OMS, 2013).

En la mayoría de los países de la OCDE, la atención sanitaria y los sistemas sanitarios son considerados como parte del Estado del Bienestar, entendiéndose la atención sanitaria y el cuidado de la salud como un bien social con el consiguiente compromiso del gobierno del Estado, en un mayor o menor porcentaje de participación, a garantizar un acceso adecuado a dichos servicios

sanitarios. Los sistemas sanitarios son producto de la historia y de la cultura de las sociedades en que se desarrollan, y expresan los valores predominantes en las mismas.

Uno de los principales objetivos de los sistemas sanitarios, que permite abordar muchas de estas premisas, es la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. Aunque existe un amplio consenso entre profesionales, usuarios y gestores del sistema de salud sobre la relevancia y conveniencia de desarrollar estrategias para mejorar su calidad, las discrepancias sobre el sentido deseable de esta mejora de calidad son notorias (Negro, J. M., Félix, R., et al., 2004).

La mejora de la calidad de la asistencia sanitaria requiere actuar sobre varias de sus propiedades, que comprenden tanto la optimización de las posibilidades efectivas y probadas del mejor conocimiento disponible, como la percepción por los pacientes del servicio y el trato humano dispensado, entre otros aspectos. Ambas vertientes capturan los elementos definitorios de la calidad recogidos en la matriz clásica de Maxwell y que son: efectividad, eficiencia, equidad, accesibilidad, aceptabilidad e idoneidad (Negro, J. M., Campuzano, F. J., et al., 2004).

La igualdad en la accesibilidad a los servicios de salud establece teóricamente las mismas oportunidades de utilización a sujetos con el mismo nivel de necesidad. En el acceso se incluyen variables como el coste de oportunidad, que implica acudir a los servicios sanitarios, los tiempos y listas de espera, el medio de transporte y la distancia a los centros más cercanos, etc. Esta noción de equidad respeta las diferencias interpersonales de partida y dispone un marco idóneo para la igualdad de oportunidades.

Cuando hay problemas de acceso a servicios de salud, las listas de espera para las citas se hacen más largas y esto a su vez conduce a una mayor falta de asistencia (George, A. & Rubin, G., 2003). Pero,

los sistemas de citas pueden ser una barrera para la atención de la salud, y la no asistencia puede ser un reflejo de la dificultad de acceso a los servicios.

Utilizar el tiempo como criterio para gestionar las listas de espera ha pasado a la historia, ya que, aunque la existencia de las listas de espera responde a la necesidad de facilitar la planificación y favorecer un mejor uso de los recursos, éstas pierden su razón de ser cuando son exageradas, por lo que es necesario buscar propuestas de mejora.

En nuestro sistema sanitario la forma tradicional de gestionarlas ha sido utilizar el tiempo de espera como único argumento explícito para establecer el orden o turno de los pacientes. Esto podría estar en contradicción con las necesidades de los pacientes. No siempre el enfermo que más tiempo pasa en espera es el que más necesita ser asistido. Esta situación es especialmente manifiesta en los casos en los que no se influye en su supervivencia pero sí en su estado funcional y calidad de vida.

Una ventaja de la implantación de criterios para jerarquizar la asistencia es la eliminación de indicaciones inadecuadas, con lo que se reducen significativamente las intervenciones erróneas y se aumenta la calidad de la atención que se presta (Negro, J. M. et al., 2002).

Priorizar la atención de los pacientes según su necesidad asistencial favorece la mejora de la gestión de las listas de espera, consolida el principio de justicia en el acceso a los servicios sanitarios e incrementa la transparencia y la confianza de los usuarios en el sistema.

El nivel de incumplimiento es un indicador de calidad, al disminuir el rendimiento de las consultas y poner en evidencia una

falta de cumplimiento de los ciudadanos con los equipos de atención primaria en las primeras consultas y con la atención especializada en las consultas sucesivas. Es difícil incidir sobre él con el fin de mejorar los índices una vez obtenidas determinadas cuotas (Negro, J. M., Campuzano, F. J., et al., 2004).

3.1 El problema del incumplimiento de citas

La relevancia del estudio de los fallos en las citas viene dada por el hecho de que la mayoría de las causas por las que los pacientes no se presentan a sus citas podrían evitarse. Se denominan 'motivos evitables' aquellos motivos sobre los que se puede intervenir para reducirlos, en caso contrario, se les designa 'motivos no evitables' (Morera-Guitart, J., Mas-Server, M. A., & Más-Sesé, G., 2002). Las razones del incumplimiento de las citas en consultas externas constituyen un problema complejo (Lloyd, M., Bradford, C., & Webb, S., 1993).

La inasistencia a las citas programadas supone un elevado coste económico en cualquier sistema sanitario, pues implica la infrautilización de los recursos humanos y materiales dispuestos para prestar una asistencia que finalmente no se realiza. Este coste puede paliarse en parte asumiendo de antemano un porcentaje de inasistencias previstas, medida que complica la organización del trabajo y que es más difícil de aplicar cuanto más burocratizado se encuentra el sistema.

Las repercusiones de las inasistencias sobre la organización son aún mayores cuando resulta posible la solicitud ilimitada de nuevas citas, lo que a menudo ocurre en sistemas públicos de salud en los que no existe pago por acto médico (Fonseca, E., Vázquez, P., Mata, P., Pita, S., & Muño, M. L., 2001). Pero, en el otro lado están las repercusiones en mortalidad y hospitalización evitable, restricciones en el acceso a servicios, fármacos, etc..., que generan los sistemas de copago, sobre todo en las poblaciones más vulnerables (Page, R. L. 2nd, Barton, P., & Nair, K., 2008; Trivedi, A. N., Moloo, H., & Mor, V., 2010).

Los principales problemas que esta ausencia genera van desde el aumento de las listas de espera, la disminución de la accesibilidad y el incremento de la morbilidad, hasta ocasionar un crecimiento de los costes directos e indirectos.

Destacan como características de la no presencia la gran cantidad de actores implicados en su existencia, la relevancia económica, social (los ciudadanos perciben sus consecuencias, no su existencia) y sanitaria que ocasiona, pues merma la calidad de la prestación y la satisfacción de los usuarios (Alcolea, M. & Gorgemans, S., 2009).

Otra consecuencia relevante de la inasistencia a las citas es la dificultad que origina para la evaluación de la eficiencia de los servicios asistenciales, puesto que ésta suele medirse en función de la atención sanitaria prestada, sin tener en cuenta la disponibilidad de medios para la que no se realiza (Fonseca, E. et al., 2001).

No acudir a las consultas es una bolsa de ineficiencia importante, cuyas causas conviene analizar detenidamente para poder introducir en su gestión aquellas medidas correctoras que minimicen el problema. Este hecho, ni es nuevo ni afecta solo al sistema sanitario español (Carrillo, J., 2012).

Neal cifra la prevalencia del incumplimiento de citas programadas en el Reino Unido en 4.5-6.5% (Neal, R. D., Hussain-Gambles, M., Allgar, V. L., Lawlor, D. A., & Dempsey, O., 2005), dato que en estudio más reciente se eleva hasta el 12 % (Ellis, D. A. & Jenkins, R., 2012). Mientras Van der Meer obtiene un 17% en su estudio en Sudáfrica (Van der Meer, G. & Looock, J. W., 2008) y Lehmann un 15,8% en hospitales de suiza (Lehmann, T. N., Aebi, A., Lehmann, D., Balandraux Olivet, M., & Stalder, H., 2007).

Así mismo, Murdock registró una tasa del 17% en Clínicas de dermatología en EE.UU (Murdock, A., Rodgers, C., Lindsay, H., & Tham, T. C. K., 2002), sin embargo las tasas más altas de este país se encontraron en las categorías apoyadas por el Estado (26%), mientras que las más bajas en los seguros comerciales del programa (13%). De modo que el riesgo de no asistencia parece estar relacionada con el tipo de pagador.

Cifras muy similares 24,4%, hayan investigadores canadienses en un estudio realizado en 2011 a pacientes de otorrino en el contexto de un entorno de sistema de salud universal (Zirkle, M. S. & McNelles, L. R., 2011), Nour obtiene una tasa de inasistencia del 23,72% en un hospital de Arabia Saudita (Nour El-Din, M. M., Al-Shakhs, F. N., & Al-Oudah, S. S., 2008) y el estudio de Chen en china cifra la inasistencia en el 19,5% (Chen, Z., Fang, L., Chen, L., & Dai, H., 2008).

En España diversos estudios (Alcolea, M. & Gorgemans, S., 2009; Carrillo, J., 2012; Fonseca, E. et al., 2001; Morera-Guitart, J. et al., 2002; Negro, J. M. et al., 2002; Negro, J. M., Félix, R., et al., 2004; Orueta, R. et al., 2001), presentan tasas de inasistencia que van desde el 10% de media hallado por Alcolea en los hospitales del Consorcio Aragonés, hasta el 19% de Morera-Guitart en un estudio de pacientes de neurología en un hospital de Alicante.

En nuestro entorno, la Agencia Sanitaria Costa del Sol presentó en 2012 (Informe Unidad de Evaluación, 2013) una tasa de inasistencia del 13,9%, que por centros fue 14,4% en el Hospital Costa del Sol (HCS) de Marbella, 12% Hospital de Alta Resolución (HAR) de Benalmádena y 13,9% Centro de Alta Resolución de Especialidades (CARE) de Mijas, datos que se encuentran enmarcados dentro de la media nacional y muy por debajo de algunas de las referencias internacionales citadas anteriormente.

En referencia a los factores determinantes de la inasistencia a consultas médicas, varias revisiones (Deyo, R. A. & Inui, T. S., 1980; George, A. & Rubin, G., 2003; Sharp, D. J. & Hamilton, W., 2001), los han evaluado, tanto en el entorno hospitalario como en Atención Primaria.

En esta línea de investigación, recientemente Car y sus colaboradores llevan a cabo una revisión publicada en la Cochrane en la que analizan dichos factores en una amplia gama de entornos de países, incluyendo Canadá, Dinamarca, Finlandia, Hong Kong, Nueva Zelanda, Noruega, Arabia Saudí, Escocia, Singapur, España, Reino Unido y EE.UU (Car, J., Gurol-Urganci, I., de Jongh, T., Vodopivec-Jamsek, V., & Atun, R., 2012).

Los estudios han encontrado diferencias en la conducta de los pacientes en función de factores demográficos, como la edad y el sexo, la raza y la etnia, o la situación socioeconómica, como el desempleo, el apoyo social percibido y residir en una zona deprimida.

Así mismo, en las encuestas realizadas a los no asistentes se identifican como principales factores relacionados con el paciente para no cumplir con sus citas: el olvido, la confusión sobre la fecha/hora de la cita, la resolución de los síntomas, las creencias de salud, la falta y dificultad de transporte, los problemas de programación, el estado de salud, la resistencia a la consulta, y la frustración con la organización manifestada por largos tiempos de espera y discontinuidad de la atención.

Entre los factores relacionados con el sistema destacan: la falta de comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes, los tiempos de espera, la calidad de consulta, la demora en la asignación de la cita, los problemas administrativos y / o de oficina y el lugar de la atención sanitaria.

La inasistencia ha sido presentada como problemática en términos de pérdida de tiempo y el costo financiero involucrado (Martin, C., Perfect, T., & Mantle, G., 2005).

Al faltar a las citas, los enfermos se privan de los servicios sanitarios, desorganizan la atención de los usuarios y la relación médico - paciente, restan tiempo potencial a otros pacientes y aumentan los costes sanitarios. Ello es un indicador de ausencia de calidad (Negro, J. M. et al., 2002).

Las citas perdidas son una de las principales causas de la ineficiencia en la prestación de asistencia sanitaria, con importantes costos monetarios para los sistemas de salud, y retrasos en el diagnóstico y el tratamiento para el paciente que no asiste (Car, J. et al., 2012).

Son muchos los autores que hacen referencia a este problema (Alcolea, M. & Gorgemans, S., 2009; Car, J. et al., 2012; Ellis, D. A. & Jenkins, R., 2012; Fonseca, E. et al., 2001; George, A. & Rubin, G., 2003; Martin, C. et al., 2005; Murdock, A. et al., 2002; Negro, J. M. et al., 2002; Negro, J. M., Félix, R., et al., 2004; Orueta, R. et al., 2001; Stubbs, N. D., Geraci, S. A., Stephenson, P. L., Jones, D. B., & Sanders, S., 2012; Van der Meer, G. & Looock, J. W., 2008), en sus trabajos.

Murdock conforme a los datos aportados por el Comité de Cuentas Públicas del National Health Service in England and Wales, referencian en su estudio que en 1995 el coste por año en el Reino Unido con una tasa de inasistencia del 12% ya se cuantificó en £300 millones (Murdock, A. et al., 2002), cifra que Ellis eleva en 2012 a £600 millones (Ellis, D. A. & Jenkins, R., 2012).

En nuestro país, varios son los estudios que hacen referencia al coste que supone la inasistencia para el sistema sanitario (Alcolea, M.

& Gorgemans, S., 2009; Fonseca, E. et al., 2001; Negro, J. M. et al., 2002; Negro, J. M., Félix, R., et al., 2004; Orueta, R. et al., 2001), pero solo dos aportan datos económicos del mismo.

Negro cuantifica el coste de las citas perdidas durante un año en el Servicio de Alergología en 109 mil euros (Negro, J. M. et al., 2002) y Alcolea cifra en 14 mil euros el coste de la inasistencia a consultas durante un periodo de cinco meses en los Hospitales del Consorcio Aragonés de Alta Resolución (Alcolea, M. & Gorgemans, S., 2009).

El olvido de los pacientes es una de las principales razones de las citas perdidas y los recordatorios pueden ayudar a aliviar este problema. Los métodos de comunicación de recordatorios para citas a los pacientes incluyen la comunicación cara a cara, los mensajes de correos, las llamadas a teléfonos fijos o móviles y la mensajería móvil. Aplicaciones de mensajería del teléfono móvil, tales como el Servicio de Mensajes Cortos (SMS) y el servicio de mensajes multimedia (MMS), podrían proporcionar un medio de entrega importante, de bajo costo para los recordatorios de citas médicas (Gurol-Urganci, I., de Jongh, T., Vodopivec-Jamsek, V., Atun, R., & Car, J., 2013).

Diversas intervenciones utilizando diferentes métodos de aviso han sido probadas para reducir la tasa de inasistencia (Junod Perron, N. et al., 2013).

La mayoría de los estudios han demostrado una reducción en las tasas de inasistencia, independientemente del método de recordatorio utilizado (Koshy, E., Car, J., & Majeed, A., 2008; Stubbs, N. D. et al., 2012). Lo que pone de manifiesto la utilidad de estas intervenciones en general, en el contexto sanitario para optimizar el servicio prestado.

Entre los distintos métodos reseñados anteriormente, los recordatorios postales son eficaces, pero costosos, y su efecto disminuye con el tiempo (Henderson, R., 2008; Murdock, A. et al., 2002).

En cuanto a los recordatorios telefónicos, varios ensayos clínicos mostraron evidencia de que éstos pueden reducir las citas perdidas, Sawyer obtuvo una reducción de la tasa de inasistencia de un 12% en adolescentes (del 20 a 8%) (Sawyer, S. M., Zalan, A., & Bond, L. M., 2002) y Hashim de 26 a 19% en población urbana neoyorquina (Hashim, M. J., Franks, P., & Fiscella, K., 2001).

En esta línea se enmarca el estudio de Dockery que constató una disminución del 5% en población anciana del Reino Unido (Dockery, F., Rajkumar, C., Chapman, C., Bulpitt, C., & Nicholl, C., 2001).

En referencia a los mensajes de texto (SMS), Liew concluye que son igual de efectivos que los recordatorios telefónicos (Liew, S.-M. et al., 2009) y Gurol-Urganci en revisión sistemática de 2013 manifiestan que hay “pruebas de calidad moderadas de que los recordatorios de mensajes de texto de teléfono móvil son más efectivos que ningún recordatorio” (Gurol-Urganci, I. et al., 2013).

3.2 Marco conceptual

3.2.1 La accesibilidad a los Servicios de Salud

Etimológicamente se define el acceso como “La acción de llegar o acercarse” (DRAE, 2012), en el contexto sanitario podemos definir la accesibilidad como la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales (Starfield, B., 1994), aunque el concepto de acceso ha sido ampliamente tratado en la literatura.

A continuación expondremos algunos de los conceptos señalados por los distintos autores que han estudiado este tema, que ha sido ampliamente tratado por Levesque en su obra *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of healthsystems and populations*, lo que pondrá de manifiesto la complejidad del concepto (Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G., 2013).

Bashshur define la accesibilidad como la relación funcional entre la población y los recursos médicos e instalaciones sanitarias, que refleja la diferencia existente entre obstáculos, impedimentos y dificultades, y factores que son facilitadores para los beneficiarios de la asistencia sanitaria (Bashshur, R. L., Shannon, G. W., & Metzner, C. A., 1971).

El acceso a largo plazo a menudo se utiliza para describir los factores o características que influyen en el contacto inicial o el uso de los servicios, las opiniones difieren en cuanto a aspectos incluidos en el acceso y si el énfasis debe ser puesto más en la descripción de las características de los proveedores o el proceso real de la atención (Frenk, J., 1992).

Algunos autores consideran el acceso más como un atributo de los servicios de salud, teniendo en cuenta el hecho de que los servicios pueden ser utilizados por aquellos que requieren atención (Salkever, D. S., 1976).

Penchansky es uno de los que más conceptualiza explícitamente el acceso en función de la adecuación entre características de los proveedores y los servicios de salud, y las características y expectativas de los clientes (Penchansky, R. & Thomas, J. W., 1981).

Se ha definido el acceso como el uso del sistema de salud por individuos con una necesidad de cuidados, medida como enfermedad percibida (Waters, H. R., 2000) y como el uso oportuno de los servicios de salud personales para lograr los mejores resultados posibles (Margolis, P. A., Carey, T., Lannon, C. M., Earp, J. L., & Leininger, L., 1995).

Peters considera acceso a la totalidad del uso real de los servicios, dando un énfasis claro a los usuarios y características de los servicios en la evaluación del acceso e identificando la noción de ajuste entre usuarios y servicios (Peters, D. H. et al., 2008), y Donabedian destacó el papel central de las características de los recursos de salud con lo que respecta a facilitar o impedir el uso de los servicios por los usuarios potenciales (Donabedian, A., 1973).

El objetivo de los sistemas de financiación pública de la asistencia sanitaria es lograr la igualdad en el acceso y la utilización de los servicios ante una necesidad equivalente (Regidor, E. et al., 2006); es decir, lograr una igualdad de uso de los servicios de atención de salud para igual necesidad, es lo que se conoce como la "equidad horizontal" (Regidor, E. et al., 2008).

La creciente tensión entre la accesibilidad y la equidad ha impulsado a una serie de países a reconsiderar su combinación

público-privada y a estudiar reformas que puedan mejorar la eficiencia, manteniendo la equidad (Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X., & for the OECD Health Equity Research Group, 2006).

Cuando hay problemas de acceso a servicios de salud, las listas de espera para las citas aumentan y esto a su vez conduce a una mayor falta de asistencia (George, A. & Rubin, G., 2003), generando retrasos en la atención y diagnósticos médicos, lo que origina a su vez insatisfacción de los pacientes y malestar al personal sanitario (Mira, J. J. et al., 2002). Levesque afirma que “el acceso es fundamental para el rendimiento de los sistemas de salud en todo el mundo” (Levesque, J.-F. et al., 2013).

La diferencia en el acceso a servicios de salud y los resultados de salud adversos resultantes son las principales prioridades de salud pública (Graves, B. A., 2008). Aunque la mayoría de los autores reconocen la influencia de las características de los usuarios, así como las características de los proveedores de acceso, muchos ponen más énfasis en las características de los recursos sanitarios que influyen en la utilización de los servicios, que actúa como un factor mediador entre la capacidad de producir los servicios y su consumo (Levesque, J.-F. et al., 2013). Por tanto, el acceso es un concepto clave en el estudio de la organización, financiación y prestación de servicios de salud, siendo un importante objetivo de las políticas en materia de salud (Ricketts, T. C. & Goldsmith, L. J., 2005).

Pero se ha de tener en cuenta un dato muy importante, que los sistemas sanitarios se caracterizan por una limitada capacidad de producir salud, aproximadamente un 11%, frente al 89% de capacidad que tienen la carga genética (biología humana), los estilos de vida y el medio ambiente (entorno) (Denver, G. E. A., 1976), esto significa que no por invertir grandes cantidades de recursos en un sistema, el nivel de salud de la población necesariamente aumenta en

la misma proporción, sino que, paradójicamente, incluso puede disminuir.

Los sistemas sanitarios son un complejo entramado de relaciones entre distintos agentes: *gobiernos, ciudadanos, aseguradoras y proveedores de servicios sanitarios*, que interaccionan entre sí, con el fin de alcanzar los objetivos que se pretenden en los servicios sanitarios de cualquier sociedad. Dichos objetivos son básicamente *la efectividad, la satisfacción, la equidad y la eficiencia*, aunque la importancia de cada uno de ellos viene definida por los valores reinantes en la sociedad en cuestión (Cabo, J., 2010).

- *La efectividad*, definida como la capacidad de alcanzar unos adecuados niveles de salud y calidad de vida de las personas, es la principal justificación de los sistemas sanitarios.

Afirman los autores que aunque desde hace varias décadas se considera que esta capacidad de disminuir la enfermedad y mejorar el nivel de salud de las poblaciones se comparte con otros factores denominados condicionantes de la salud (medio ambiente, nivel educativo, entorno laboral, nivel y distribución de la renta...) no debe de perderse de vista su papel relevante, teniendo en cuenta que hay evidencias que avalan que algunas intervenciones sanitarias pueden derivar en problemas de salud, siendo incluso causa de mortalidad (Starfield, B., 2000).

- *La satisfacción* de la población, puede ser analizada desde dos perspectivas: desde la autopercepción de la salud individual influenciada por las limitaciones provocadas por nuestra propia salud y desde la satisfacción con los servicios sanitarios recibidos influenciada por nuestras expectativas y percepción individual sobre lo que ha de ser un sistema sanitario de calidad.

- *La equidad*, es la forma que permite alcanzar a una población los mismos cuidados de salud con independencia de los factores diferenciadores, tales como el sexo, la edad, la condición social o el lugar de residencia... La equidad es por tanto un bien moral y político exigible a todas las actividades desarrolladas con recursos públicos.

En el sistema sanitario una de las dimensiones más importantes de la equidad es la igualdad en el acceso o accesibilidad, aunque también se empiezan a considerar otras dimensiones de mayor trascendencia en términos de resultados en salud, que implica un máximo desarrollo conceptual, al considerar que el sistema sanitario debe eliminar o disminuir las desigualdades en prevalencia, mortalidad o pérdida de calidad que las distintas variables introducen en el estado de salud.

En nuestro país, la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986; 1986) reconoció como titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y a los ciudadanos extranjeros que tuvieran establecida su residencia en territorio español, estableciendo el principio general de la extensión de la asistencia sanitaria pública a toda la población española y el acceso a la misma en condiciones de igualdad efectiva.

Posteriormente, la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003; 2003) impone a las Administraciones públicas la obligación de impedir la discriminación de cualquier colectivo de población que, por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales, tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS).

- *La eficiencia* es la forma de conseguir el resto de objetivos con un coste que la sociedad pueda financiar y sin derroche de recursos.

Las expectativas de la población en general en referencia a la salud y los servicios sanitarios son cada vez más elevadas, lo que obliga a los sistemas sanitarios a evidenciar su funcionamiento mediante la mejora de los resultados en salud. Así mismo los costes sanitarios van en aumento y los factores demográficos dificultan que puedan ser asumidos por las organizaciones sanitarias. Se hace necesario por tanto contener y controlar los costes, disponer de un sistema sostenible financieramente, a la vez que asegurar la equidad y unos servicios de alta calidad.

En este sentido, la mayor parte de las acciones que generan un incremento de eficiencia en relación a los servicios sanitarios, son aquellas cuya decisión se toma conforme la práctica clínica basada en la evidencia científica, de manera que los conocimientos derivados de la investigación puedan utilizarse para mejorar la salud de la población.

3.2.2 Las funciones básicas de los Servicios de Salud.

Teniendo en cuenta los agentes y objetivos mencionados, se pueden definir cuatro funciones básicas: *la financiación de los sistemas, la regulación, la gestión y la utilización.*

En base a los distintos aspectos que tomen estas variables se van generando los distintos modelos sanitarios que expondremos a continuación, descritos ampliamente por Cabo y sus colaboradores en su obra (Cabo, J., 2010).

- *LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS.*

En función de los diferentes sistemas de financiación se pueden definir cuatro modelos de sistemas sanitarios: *Sistema del estado de bienestar, Seguridad Social, Aseguramiento voluntario y Pago directo de los servicios.*

1. *Sistema del estado de bienestar (modelo Beveridge y Shemasko):*

Este modelo incluye los sistemas denominados Sistemas Nacionales de Salud que se caracterizan por estar financiados por el Estado mediante impuestos, por lo que ningún ciudadano queda exento de su financiación ni excluido de su utilización, presentando un acceso universal y habitualmente gratuito, aunque algunas prestaciones pueden requerir un pago adicional por parte de los usuarios, es lo que se conoce como copago sanitario. Así mismo, el control viene ejercido por el Estado que es el encargado de la regulación de los procesos de gestión de los centros sanitarios y del acceso de los ciudadanos.

Son los sistemas conocidos bajo el modelo Beveridge en la sociedad occidental y el modelo Shemasko en el antiguo entorno de los países soviéticos. Este modelo surgió en 1948 y

es el que dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países, Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal.

Como fortalezas de este sistema podemos señalar la relativamente fácil administración del sistema, y la universalidad que facilita tanto la cohesión social como la efectividad en la atención sanitaria al disminuir las barreras en la accesibilidad. Mientras que entre sus debilidades se encuentra la sensibilidad hacia las interferencias políticas y la competencia de fondos económicos, con la financiación de otros servicios públicos.

2. Seguridad Social (modelo Bismarck):

Este modelo está asociado a la retención de parte de los ingresos de los trabajadores mediante cuotas que conforman un fondo específico destinado exclusivamente para la prestación asistencial sanitaria de estos trabajadores y sus familiares. Se trata más de una protección al trabajador que al ciudadano, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no cotizan. En este modelo la red de salud pública queda en manos del Estado, que se constituye a sí mismo en autoridad sanitaria.

Son sistemas implantados en muchos países de Centro Europa y de Latinoamérica y se conocen como modelo Bismarck o de Seguridad Social. Este modelo nace en el siglo XIX en Alemania, a raíz de que los trabajadores industriales se organizaron en cooperativas o sociedades y en su época fue el más avanzado del mundo.

Los países que tienen sistemas que derivan de esta variante del modelo mixto son principalmente España, Francia, Alemania,

Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda. Actualmente, todos los ciudadanos de estos países gozan de una sanidad universal, gratuita y en condiciones de equidad.

Normalmente, permite la elección de asegurador o proveedor sanitario, lo que incorpora variables de competitividad entre ellos y, de manera indirecta, facilita la satisfacción de los usuarios con los servicios.

Lógicamente, no disfruta del carácter universal de los SNS, tiene unos costes de administración más altos y complicados de gestionar y adicionalmente, al ser parte de los costes laborales, puede limitar o disminuir la competitividad de las empresas. Es de carácter más regresivo que la aportación por impuesto, ya que habitualmente las cotizaciones suelen estar sometidas a topes máximos de retención en los tramos más altos de renta laboral, por lo que tienen menor relación entre el nivel de renta y la aportación económica al sostenimiento del sistema.

3. Aseguramiento voluntario (privado) y

4. Pago directo de los servicios.

En estos dos últimos modelos la financiación recae directamente en la voluntad individual de los ciudadanos que quieren hacer uso de ellos, bien por el aseguramiento voluntario o por el pago directo de los servicios, y está directamente relacionado con la capacidad de pago de la que disponen.

Ambas poseen una fuerte relación entre el pago y el uso y una elevada capacidad en la elección. En el caso de aseguramiento voluntario está sujeta al riesgo de la selección adversa, de forma que aquellos que precisan la asistencia sanitaria por tener mayor grado de necesidad, pueden quedar excluidos del

aseguramiento por no encontrar quien cubra su riesgo o no disponer de suficiente nivel económico para soportar el coste de la póliza.

Elola llevó a cabo en 1996 un estudio comparativo de los distintos sistemas sanitarios, en el que evaluó dimensiones como el nivel de salud aportado, la satisfacción de los usuarios del sistema y el gasto generado por el mismo entre otras, estableciendo que los Sistemas Nacionales de Salud son los que aportan mayor eficiencia global (Elola, J., 1996).

Por último hemos de señalar que en la mayoría de los países los sistemas de financiación y aseguramiento no son puros sino que coexisten varios modelos, aunque presentan uno como predominante y definitorio de su sistema.

- *LA REGULACIÓN.*

La función de regulación de los sistemas sanitarios permite a la autoridad sanitaria definir las normas y criterios que regulan los intereses de los distintos agentes intervinientes en el proceso, tales como la financiación, el aseguramiento, las prestaciones de los servicios, el grado de descentralización organizativa permitido para la toma de decisiones, los métodos de pago a los proveedores y profesionales sanitarios y la organización de la práctica profesional.

Con el objetivo de mantener un sistema sanitario con decisión informada y con implicación de los profesionales en el control de gasto sanitario, se pueden definir tres grandes apartados para la regulación de los sistemas: *financiación de los proveedores, descentralización de riesgo financiero y descentralización de la gestión del aseguramiento.*

Conforme a la combinación de estos tres aspectos y de quién y cómo se elijan los proveedores de los servicios, se diseñan dos modelos distintos de organización de los sistemas sanitarios: *competencia pública y mercados internos*.

La *competencia pública*, también denominados *mercados planificados* se caracterizan porque todos los proveedores pertenecen al sistema sanitario público, el paciente elige médico y centro erigiéndose de esta forma en el motor de la reforma, el presupuesto de los centros sanitarios es flexible y está vinculado a la cuota de mercado que poseen dentro del sistema en relación al volumen de pacientes que les han elegido y los incentivos son introducidos desde el lado de la demanda.

Por otra parte en los *mercados internos o mixtos* existen multitud de proveedores tanto públicos como privados que compiten por la concesión de los contratos. El motor del cambio, es en este caso el directivo en la asignación de los presupuestos y los incentivos son introducidos desde el lado de la oferta.

- *LA GESTIÓN.*

La gestión comprende todas las acciones encaminadas a la consecución de los objetivos definidos en los sistemas sanitarios.

Se definen varios niveles de gestión sanitaria: *macrogestión, mesogestión y microgestión*.

En la macrogestión sanitaria el ámbito de decisión se contextualiza en los sistemas de salud (a nivel nacional o regional), la mesogestión se relaciona con los centros sanitarios, y por último la microgestión se lleva a cabo en los servicios y unidades asistenciales, no obstante las técnicas y habilidades desarrolladas son comunes en los tres niveles.

En referencia a las actividades de la gestión sanitaria se describen cuatro funciones básicas: *planificación, organización, ejecución y control*, que enlazadas en un proceso continuo constituyen lo que se denomina *el ciclo de gestión*.

El desempeño de estas funciones precisa se una serie equilibrada de habilidades con tres componentes básicos: técnico (destrezas y conocimientos), interpersonal (interrelación laboral con colectivos externos e internos) y conceptual (visión global para anticipar cambios y proyectar acciones a distinto plazo).

El conjunto de actividades y funciones que los directivos sanitarios deben ejercer recorre un amplio abanico que se podría resumir en dos acciones concretas: *tomar decisiones adecuadas y resolver problemas*, que en su mayoría se asocian a la gestión de los conflictos de intereses entre los pacientes, profesionales, políticos y los propios gestores.

- **LA UTILIZACIÓN.**

Esta función viene referida a la utilización que hacen los ciudadanos de nuestro sistema sanitario.

Los datos de utilización reflejan aspectos asociados a la enfermedad/epidemiología, la accesibilidad de los servicios y la propia práctica asistencial de los profesionales y los centros.

En nuestro país, los sistemas de información nos permiten conocer con una elevada precisión el uso que hacen los ciudadanos de nuestro sistema sanitario, por lo que esta información nos capacita así mismo para comparar los indicadores de resultados de los distintos centros de nuestro sistema, conforme a los niveles y objetivos marcados por las instituciones sanitarias, lo que permite

identificar a su vez oportunidades de mejora de la calidad de la asistencia que ofertamos a los ciudadanos.

Como se ha expuesto anteriormente, todos los sistemas sanitarios o de atención de salud han de poner en práctica los principios de universalidad, accesibilidad, solidaridad, ética, eficacia y eficiencia, para poder ofertar a la ciudadanía una asistencia sanitaria de calidad.

Dichos principios referidos a la prestación de los servicios sanitarios poseen un valor intrínseco y se encuentran plenamente consolidados en la sociedad andaluza a lo largo de todos estos años. Principios a su vez que inspiran las actuaciones sobre protección de la salud, consagrados en la Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998; 1998), y que encuentran su fundamento en el mandato constitucional y en el Estatuto de Autonomía para Andalucía.

El Servicio Andaluz de Salud y las Agencias Sanitarias tienen la responsabilidad de la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación; la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional; y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

La eficiencia en la gestión de los recursos destinados a la atención sanitaria es por tanto, un objetivo primordial en las organizaciones sanitarias que se hace especialmente necesario en un contexto sociopolítico de crisis económica en el que los recursos son limitados.

La organización de la atención en consultas externas reúne muchos de los principios y conceptos descritos, destacando

fundamentalmente la garantía de la accesibilidad y la puesta en juego de la equidad de acceso, pero también con un fuerte peso en la función reguladora y de gestión, de cara a legitimar la eficiencia y sostenibilidad de la atención ambulatoria que, en muchos casos evita ingresos innecesarios o es el preámbulo de la atención aguda con hospitalización.

4. JUSTIFICACIÓN

Se busca que todos los sistemas sanitarios o de atención de salud pongan en práctica los principios de universalidad, accesibilidad, solidaridad, ética, eficacia y eficiencia, para poder ofertar a la ciudadanía una asistencia sanitaria de calidad.

Dichos principios referidos a la prestación de los servicios sanitarios poseen un valor intrínseco y se encuentran plenamente consolidados en la sociedad andaluza a lo largo de todos estos años. Principios a su vez que inspiran las actuaciones sobre protección de la salud, consagrados en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y que encuentran su fundamento en el mandato constitucional y en el Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Nuestra razón de ser, como Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), se define por los siguientes propósitos esenciales como organización sanitaria:

- Contribuir sustancialmente a mejorar la salud y el bienestar de toda la población en Andalucía.
- Proporcionar la mejor atención sanitaria a toda la población en Andalucía.
- Asegurar el valor de los recursos y la sostenibilidad.
- Generar y gestionar el conocimiento.

Por su parte, los valores que definen y guían nuestra actuación organizativa son: Universalidad, Equidad, Sostenibilidad, Transparencia, Innovación, Enfoque preventivo y de promoción, Compromiso con la calidad, Accesibilidad, Satisfacción ciudadana, Personalización, Participación, Trabajo en equipo, Motivación, Reconocimiento profesional, Autonomía profesional y Corresponsabilidad.

El Servicio Andaluz de Salud y las Agencias Sanitarias tienen la responsabilidad de la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación; la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional; y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

La eficiencia en la gestión de los recursos destinados a la atención sanitaria es por tanto, un objetivo primordial en las organizaciones sanitarias que se hace especialmente necesario en un contexto sociopolítico de crisis económica en el que los recursos son limitados.

La frecuentación de consultas externas hospitalarias en el SSPA en el periodo 1990-2009 registra un incremento en todo el periodo; mayor en la primera década con un 12,6% y de un 8,8% en la segunda década. En el periodo 2009 a 2012 se mantiene la tendencia ascendente, alcanzando en 2012 un total de 12.073.223 consultas (INFHOS 2012) y una frecuentación de 1.482 consultas por cada 1.000 habitantes (Plan Andaluz de Salud 2013).

La Agencia Sanitaria Costa del Sol presentó en 2013 un total de 366.078 consultas médicas programadas con una frecuentación de 773 consultas por cada 1.000 habitantes, presentando un incremento del 5,8% en los últimos cinco años.

Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de aumentar año tras año el presupuesto destinado por las organizaciones sanitarias a las consultas externas programadas hospitalarias, lo que se ve incrementado notablemente por el coste adicional del incumplimiento de los pacientes a sus citas médicas programadas.

La Agencia Sanitaria Costa del Sol cifra los datos de incumplimiento a citas médicas programadas en el Área de Consultas Externas durante el año 2014 en un 14,4% en el Hospital Costa del Sol, un 13,6% en el Centro de Alta Resolución de Especialidades de Mijas y un 12,8% en el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, conforme a los datos aportados por la Unidad de Evaluación de la Agencia (Informe 2014). No existen datos publicados del absentismo a consultas del resto de hospitales del SSPA, por lo que no podemos compararnos con nuestro entorno más directo pero sí estamos enmarcados, como mencionamos anteriormente, dentro de la media nacional y muy por debajo de algunas de las referencias internacionales publicadas.

Tabla 1.- Datos de actividad en Consultas Externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL		2014	2013	2012	2011	2010
HOSPITAL COSTA DEL SOL MARBELLA	Citas Médicas	238.724	232.721	220.022	220.450	214.605
	Incumplimiento	14,4%	14,5%	14,6%	–	–
CARE MIJAS	Citas Médicas	86.329	85.215	86.110	84.212	88.287
	Incumplimiento	13,6%	13,5%	13,5%	–	–
HARE BENALMADENA	Citas Médicas	38.782	38.954	39.380	38.054	36.404
	Incumplimiento	12,8%	12,2%	12,3%	–	–

Estas cifras ponen de relieve la magnitud del problema del absentismo de los pacientes a sus citas programadas en las organizaciones sanitarias y la necesidad por tanto de realizar un

análisis profundo de los factores determinantes del incumplimiento y su impacto económico. Lo que nos permitirá definir medidas de mejora encaminadas a optimizar la eficiencia de nuestros centros y ofertar a nuestros ciudadanos una atención sanitaria de calidad.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis

Existen factores de la persona y su contexto (sociodemográficos, de percepción de salud y ocupacionales), así como del proceso asistencial (tipo de consulta, demora) asociados al absentismo en consultas externas de atención especializada.

5.2 Objetivos

5.2.1 General

Identificar los factores que influyen en el cumplimiento de las citas de Consultas Externas en la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

5.2.2 Específicos

- Identificar los factores de la persona: edad, sexo, nacionalidad, nivel de estudios, autopercepción de salud de pacientes absentistas frente a cumplidores.
- Analizar los factores del proceso: tipo de consulta, demora en la asignación de la cita, percepción de la necesidad de ser atendido y problemas de salud en pacientes absentistas frente a cumplidores.
- Analizar los factores del contexto: distancia geográfica, ocupación, baja laboral, cargas familiares de pacientes absentistas frente a cumplidores.

- Describir el perfil del paciente que no acude a la cita, para determinar factores evitables y no evitables asociados al absentismo en consultas de atención especializada.
- Estimar el coste del absentismo en consultas externas de especialidades.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño

El estudio se lleva a cabo en dos fases:

Una primera fase con un diseño de casos y controles multicéntrico en los tres centros pertenecientes a la Agencia Sanitaria Costa del Sol: Hospital Costa del Sol, CARE de Mijas y HAR de Benalmádena en el que los casos los constituían una muestra de pacientes consecutivos de cada uno de los centros de los pacientes que no acuden a su cita programada de primera visita procedente de atención primaria o revisión, y los controles una muestra de pacientes consecutivos de cada uno de los centros de los pacientes que sí acuden a las citas anteriormente referidas en el mismo día y franja horaria, apareados por centro, servicio y tipo de consulta, durante el segundo semestre del 2013 y primer trimestre del 2014.

Una segunda fase en la que se llevó a cabo un análisis de costes derivados del absentismo en consultas, por cada centro de las citas (primeras y revisiones) de cada una de las especialidades, con una comparativa por centros.

6.2 Emplazamiento

El estudio se llevó a cabo en la Agencia Sanitaria Costa del Sol, empresa pública dependiente del Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, integrada por el Hospital Costa del Sol, el Centro de Alta Resolución de Especialidades de Mijas y el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena.

La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol tiene como objeto, a través de la gestión de los centros sanitarios que se le adscriben, prestar asistencia sanitaria a la población de los municipios de sus Áreas de influencia: Casares, Estepona, Manilva, Fuengirola, Mijas, Benahavís, Istán, Marbella, Ojén y Benalmádena, que constituyen el Distrito Sanitario de la Costa del Sol.

La población adscrita a los centros de la Agencia Sanitaria según cifras del último Padrón Municipal publicado (INE 2014) es de 457.146 habitantes, lo que representa un 3,4% menos con respecto a los datos de población del 2013. El descenso de población fue mayor que los observados en la provincia de Málaga, Andalucía y España (-2%, -0,5% y -0,8% respectivamente). Probablemente la variación se deba al descenso de población extranjera, observado a nivel nacional, y que incide especialmente en nuestra área, con más del 35% de residentes extranjeros.

Sin embargo hasta el año 2014, los datos de población nos muestran un incremento de más de 150.000 residentes en los últimos 15 años explicado por las características de la Costa del Sol como referente turístico a nivel nacional e internacional, por lo que a estos datos habría que sumar la población flotante que presenta la zona en época estival que puede incluso elevar la cifra hasta los 800.000 residentes.

Tabla 2.- Evolución de la población en el área de cobertura.

AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL		2014	2013	2012	2011	2010
HOSPITAL COSTA DEL SOL MARBELLA	29023 Benahabís	6.660	6.380	5.980	5.486	4.932
	29041 Casares	5.744	5.754	5.610	5.331	5.182
	29051 Estepona	66.566	67.986	67.101	65.667	66.150
	29061 Istán	1.404	1.398	1.533	1.520	1.486
	29068 Manilva	14.451	14.600	14.391	13.810	14.168
	29069 Marbella	138.679	142.018	140.473	138.662	136.322
	29076 Ojén	3.326	3.2930	3.451	3.244	2.949
	TOTAL	236.830	241.429	238.539	233.720	231.189
CARE MIJAS	29054 Fuengirola	75.856	77.397	75.953	74.054	71.783
	29070 Mijas	77.521	85.600	82.124	79.262	76.362
	TOTAL	153.377	162.997	158.077	153.316	148.145
HARE BENALMADENA	29025 Benalmádena	66.939	66.002	65.965	63.788	61.383
	TOTAL	66.939	69.002	65.965	63.788	61.383

Como datos de actividad cabe destacar que en la Agencia Sanitaria Costa del Sol se realizaron durante el año 2014 un total de 372.668 consultas médicas programadas en las Área de Consultas Externas de los tres centros que la integran, lo que supuso un incremento del 1,8% con respecto a los datos de 2013 a pesar del descenso de población censada registrado.

Así mismo las consultas enfermeras programadas realizadas durante el mismo período fueron 126.550 lo que supuso un incremento del 3,1% con respecto a los datos registrados en el año 2013.

Tabla 3.- Datos de actividad en Consultas Externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL		2014	2013	2012	2011	2010
HOSPITAL COSTA DEL SOL MARBELLA	Citas Médicas	238.724	232.721	220.022	220.450	214.605
	Citas Enfermeras	83.710	80.129	72.596	70.009	68.966
CARE MIJAS	Citas Médicas	86.329	85.215	86.110	84.212	88.287
	Citas Enfermeras	27.133	26.254	25.115	23.906	21.675
HARE BENALMADENA	Citas Médicas	38.782	38.954	39.380	38.054	36.404
	Citas Enfermeras	20.594	20.021	17.593	14.247	13.617

6.3 Población y muestra

6.3.1 Sujetos de estudio

Los sujetos objeto de estudio fueron todos los pacientes citados para visitas médicas programadas en el Área de Consultas Externas de los centros de la Agencia Sanitaria Costa del Sol (Hospital Costa del Sol, CARE de Mijas y HAR de Benalmádena) durante el segundo semestre del 2013 y primer trimestre del 2014.

Se definió como **Caso** a todo paciente que no acudiese a la cita, y **Control**, a los que sí lo hacían.

6.3.2 Criterios de inclusión

- Pacientes que autoricen su inclusión en el estudio mediante consentimiento verbal vía telefónica.
- Pacientes adultos mayores de 17 años.
- Pacientes citados en primera visita médica procedentes de Atención Primaria.
- Pacientes citados en revisiones programadas derivadas de primeras visitas médicas.
- Pacientes cuyo proceso de enfermedad les permitiese la realización de encuesta telefónica.

6.3.3 Criterios de exclusión

- Pacientes citados con domicilio habitual fuera del área de cobertura del hospital de referencia.

- Pacientes citados en primera visita médica de otras procedencias (Interconsulta, urgencias...).
- Pacientes cuyo proceso de enfermedad les imposibilitase la realización de encuesta telefónica.

6.3.4 Cálculo de tamaño de muestra

Dado el diseño de casos y controles del estudio planteado, a partir de los datos de referencia del estudio de Morera-Guitart (Morera-Guitart, J. et al., 2002), esperando una proporción del 30% de pertenencia a ámbito rural (o distancia superior de 25 Km. al centro de referencia) entre los sujetos identificados como casos (no acuden a cita) y del 15% en el mismo factor, entre los sujetos identificados como controles (acuden a cita), para una potencia del 80%, y un nivel de confianza del 95%, planteando una selección 1:2 (2 controles por caso incluido), el tamaño de muestra fue de 98 casos y 196 controles (294 sujetos en total). La muestra se multiplicó por tres, dado que fueron tres los centros que se incluyeron.

Para mayor certeza de ausencia de error tipo II, se realizó un análisis post-hoc de la potencia estadística en función de las odds ratio encontradas en el modelo multivariante para garantizar que se encontrase por encima del 80%.

6.3.5 Muestreo

La selección muestral se realizó mediante muestreo consecutivo balanceado por bloques: especialidad y tipo de consultas (1ª vez y revisiones), no distinguiendo en las revisiones el tipo de revisión a realizar.

6.4 Variables

Tabla 4.- Variables.

Sociodemográficas y contextuales de los pacientes			
<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>Valores</i>	<i>Fuente/instrumento</i>
Edad	Cuantitativa continua	-	Historia clínica
Sexo	Cualitativa dicotómica	1. Hombre 2. Mujer	Historia clínica
Nivel de estudios	Cualitativa policotómica	1. Sin estudios 2. Alfabetización mínima/estudios primarios 3. Estudios secundarios / Bachiller / FP 4. Estudios universitarios	Entrevista telefónica
Autopercepción de salud (López, E., Findling, L., & Abramzón, M., 2006)	Cualitativa policotómica	1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala	Entrevista telefónica Escala de Likert
Nacionalidad	Cualitativa policotómica	-	Historia clínica
Percepción de ser atendido	Cualitativa policotómica	1. Normal (menos de 60 días) 2. Preferente (menos de 15 días) 3. Urgente (inmediata)	Entrevista telefónica
Pluripatología (más de dos enfermedades de base) ¹	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica Historia clínica
Ocupación (Domingo-Salvany, A. et al., 2013)	Cualitativa policotómica	1. Trabajador/a por cuenta ajena 2. Trabajador/a por cuenta propia, autónomo/a 3. Empresario/a empleador/a de más de 10 asalariados/a 4. Empresario/a empleador/a de menos de 10 asalariados/a 5. Gerente de empresa de 10 o más asalariados/as 6. Gerente de empresa de 10 o menos asalariados/as 7. Ama de casa 8. Estudiante 9. Jubilado	Entrevista telefónica
Baja laboral	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica
Cargas familiares	Cualitativa dicotómica	1. Sí (hijos, personas mayores, personas enfermas) 2. No	Entrevista telefónica
Dependencia del paciente (Cid, J. & Damián, J., 1997)	Cualitativa policotómica	1. Total 2. Severa 3. Moderada 4. Escasa 5. Independiente	Entrevista telefónica Índice de Barthel

¹ A efectos de simplificar la estratificación de los sujetos, se optó por esta conceptualización de la pluripatología, ya que la aplicación de otros criterios más complejos (índice de Charlson, PROFUND, etc.) resultaba compleja de aplicar en pacientes ambulatorios.

Medio de transporte habitual utilizado cuando acude al centro hospitalario	Cualitativa policotómica	1. A pie 2. Transporte público 3. Vehículo propio 4. Vehículo de amigo o familiar	Entrevista telefónica
Frecuencia de citas de consultas externas en el último año	Cuantitativa continua	-	Entrevista telefónica Historia clínica
Frecuencia de urgencias en los últimos 6 meses	Cuantitativa continua	-	Entrevista telefónica Historia clínica

Para realizar la medida de la variable *Dependencia del paciente*, se utilizó el **Índice Barthel** de autonomía para las actividades de la vida diaria: se dirige a la población general (**Anexo 1**).

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems. Este índice puede dar una puntuación de 0-100 con intervalos de 5 puntos. Las categorías valoradas son: comer, lavarse-bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón/cama, deambulación, y subir y bajar escaleras. Permite evaluar la dependencia de los pacientes (a mayor puntuación, mayor dependencia) y cómo evoluciona en el tiempo. Los grados de dependencia son: independencia, dependencia escasa, moderada, severa y total (Cid, J. & Damián, J., 1997).

La ocupación se evaluó mediante la nueva **clasificación de clase social ocupacional (CSO-SEE12)**, basada en la ocupación y compuesta por seis categorías:

- Trabajador/a por cuenta ajena.
- Trabajador/a por cuenta propia, autónomo/a.
- Empresario/a empleador/a de más de 10 asalariados/a,
- Empresario/a empleador/a de menos de 10 asalariados/a.
- Gerente de empresa de 10 o más asalariados/as.
- Gerente de empresa de 10 o menos asalariados/as.

A las que hemos añadido para nuestro estudio: ama de casa, estudiante y jubilado (López, E., Findling, L., & Abramzón, M., 2006).

Del sistema			
<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>Valores</i>	<i>Fuente/instrumento</i>
Tipo de consulta	Cualitativa policotómica	1. Primera visita 2. Revisión (1mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 6 meses, 1 año)	Historia clínica
Especialidad médica de la consulta	Cualitativa policotómica	-	Historia clínica
Tipo de aviso	Cualitativa policotómica	1. Carta 2. Teléfono 3. Personal	Historia clínica Entrevista telefónica
Demora en la asignación de la cita	Cuantitativa continua	-	Historia clínica Entrevista telefónica
Distancia geográfica	Cuantitativa continua	-	Entrevista telefónica Medida en Km por población de domicilio: Google Maps ©2014

Tipo de aviso “Personal”, se considera cuando el paciente acude al centro y se comunica directamente por los profesionales del mismo, ya sea el personal administrativo del Servicio de Admisión o el personal sanitario que le atiende en la consulta (auxiliares de enfermería, enfermeras o médicos).

Se calculó la distancia entre el lugar de residencia y el centro hospitalario mediante la aplicación Google Maps ©2014, basado en BCN IGN España.

Pacientes casos: Motivo de absentismo (Morera-Guitart, J. et al., 2002)			
<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>Valores</i>	<i>Fuente/instrumento</i>
Motivos evitables			
Olvido	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica
Error administrativo	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica
Fallo en la comunicación	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica
Pendiente de pruebas	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica
Insatisfacción	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica

Motivos no evitables			
Incapacidad física	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica
Mejoría	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica
Cambio de domicilio	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica
Otros motivos	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No	Entrevista telefónica

Para facilitar el análisis de los motivos de inasistencia se reagruparon en dos categorías, aquellos motivos sobre los que se puede intervenir para reducirlos ("evitables") y aquellos otros sobre los que no se puede intervenir ("inevitables") (Morera-Guitart, J. et al., 2002).

De inputs en costes			
<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>Valores</i>	<i>Fuente/instrumento</i>
Coste unitario por centro y especialidad	Cuantitativa continua	-	COAN

Para realizar el estudio de costes, se llevó a cabo el análisis de los costes totales que incluyen la imputación directa de costes controlables (personal, fungible y equipamiento, fármacos, consumos y prestaciones) a centros de responsabilidad por número de consultas externas (pacientes) y la imputación indirecta de costes de servicios (lavandería, limpieza, cocina, seguridad, mantenimiento, administración, informática...) mediante criterios de reparto (superficie útil, kilos de ropa lavada, nº de dietas, nº de profesionales...).

6.5 Recogida de datos

Para describir con precisión el proceso de recogida de datos que se llevó a cabo, en primer lugar definiremos el proceso de citación habitual en los centros participantes:

El proceso de citación es el mismo en los tres centros de la Agencia:

- ***Primera cita procedente de Atención Primaria:*** son asignadas en mano al paciente con reporte en papel de la misma, en el Centro de Salud tras su solicitud por parte del médico de familia y en un plazo nunca superior a 60 días. En caso de no disponibilidad de citas Web en ese momento la cita es diferida al centro de referencia que asignará y comunicará la cita correspondiente mediante llamada telefónica o por carta mediante correo ordinario, siempre en un plazo no superior a 60 días.
- ***Las citas de revisión*** son asignadas en mano al paciente a la salida de su consulta médica con el especialista correspondiente y con reporte en papel de la misma, en caso de no disponibilidad de agendas en ese momento, se asigna posteriormente, comunicándola al paciente telefónicamente o por carta mediante correo ordinario, en el plazo aproximado de solicitud indicado por el facultativo correspondiente.

Los sujetos del grupo Caso (no acuden a su cita) fueron incluidos en el estudio de forma consecutiva conforme se inició el periodo de recogida de datos, y los pacientes pertenecientes al grupo Control (acuden a su cita) se extrajeron del programa de citación HCIS entre los dos primeros sujetos del mismo día y franja horaria

que el paciente Caso, apareados igualmente por centro, servicio y tipo de consulta.

A continuación, se realizó por personal entrenado una entrevista telefónica para la recogida del resto de los datos de ambas muestras, procediendo posteriormente al análisis comparativo de los datos obtenidos. A los pacientes que no contestaron en la primera llamada se les efectuaron dos llamadas más en horarios y días diferentes. Aquellos sujetos que no respondieron finalmente a la llamada telefónica, o que rechazaron participar en el estudio fueron sustituidos por el siguiente candidato del centro.

6.6 Fuentes de datos:

- Hª Clínica hospitalaria informatizada.
- Entrevista domiciliaria.
- Base de datos COAN (Contabilidad analítica del Servicio Andaluz de Salud).

6.7 Análisis:

Se ha realizado análisis descriptivo usando medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas, tanto para las variables independientes referentes a toda la muestra (Casos y Controles), como las variables exclusivas de la muestra de los Casos.

En un segundo paso, se realizó un análisis bivariado tomando como variable principal ser caso o control ("no acuden" frente a los

que “acuden”), para la comparación de subgrupos, utilizándose para las variables continuas la t-Student para muestras independientes (en el caso de distribución normal comprobado con test de Kolmogorov-Smirnov) y el test de la U de Mann-Whitney (en caso de distribución no normal); y en cuanto a las variables cualitativas o categóricas se utilizó el test de la Ji-Cuadrado, o de Fisher, en su caso (observaciones esperadas por casilla inferior a 5), para las variables cualitativas.

Se llevó a cabo un análisis bivalente de asociación ajustado por los criterios de apareamiento según el método de Mantel-Haenszel de datos apareados.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística múltiple, por pasos hacia delante con criterio de salida $p > 0,1$, calculando las Odds Ratio (OR) y respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Para el análisis económico se calcularon en euros las cifras de coste unitario por servicio, especialidad y centros, a partir de los inputs descritos anteriormente.

Así mismo, se calculó el coste unitario en los casos en los que se volvió a citar al paciente (coste con “recita”). Una vez disponibles, se realizaron análisis bivariantes para llevar a cabo un enfoque de análisis de minimización de costes, mediante t de Student, U de Mann-Whitney, W de Wilcoxon y correlación de Pearson (según la naturaleza y normalidad de las variables), entre especialidades y centros.

6.8 Autorizaciones y aspectos éticos

6.8.1 Autorizaciones

Se solicitó autorización para realizar la investigación al Comité de Ética de Investigación Costa del Sol (**Anexo 2**), e igualmente, se solicitó la extracción (y posterior uso de la información) al Servicio de Informática de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

6.8.2 Aspectos éticos

El presente estudio se ha ceñido en todo momento a la declaración de Helsinki y a la ley de protección de derechos de los pacientes (Ley 15/2002).

No se recabó ningún dato clínico fuera de los consignados anteriormente. No obstante, todos los datos recogidos en este proyecto fueron registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 15 de diciembre). Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de los participantes, todos los datos que pudieran identificar al participante se mantuvieron separados del resto de la información recogida en los diferentes cuestionarios del estudio, cada caso del estudio contaba con un número de identificación que era el que figuraba en las bases de datos, el análisis de la información se hizo siempre de forma agregada y nunca individual. Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometieron a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por los participantes. Todas las bases de datos del proyecto estaban protegidas electrónicamente con códigos que

limitaban el acceso únicamente a los investigadores del proyecto. Se solicitó a todos los pacientes su autorización para su inclusión en el estudio, mediante consentimiento verbal solicitado en la llamada telefónica para la realización de la encuesta y se envió previamente una carta informativa (**Anexo 3**).

7. RESULTADOS

La muestra final estuvo compuesta por 294 casos (33,3%) y 588 controles (66,7%), distribuyéndose homogéneamente entre los tres centros (33,3% en cada Centro).

7.1 Análisis univariante

Sexo

El sexo fue mayoritariamente femenino (n=551; 62,5%), frente al masculino (n=331; 37,5%).

Tabla 5.- Sexo.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Mujer	551	62,5
	Hombre	331	37,5
Total		882	100,0

Tipo de nacionalidad

La nacionalidad más frecuente de los sujetos del estudio fue española con un 89,1% (n=786), seguida de la nacionalidad marroquí con un 2% (n=18) y la argentina con un 1,4% (n=12). En total, el 89,1% eran sujetos españoles y el resto con nacionalidad extranjera.

Tabla 6.- Tipo de nacionalidad.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Alemana	1	0,1
	Argentina	12	1,4
	Austriaca	1	0,1
	Belga	3	0,3
	Bielorrusa	1	0,1
	Boliviana	1	0,1
	Brasileña	1	0,1
	Británica	4	0,5
	Búlgara	2	0,2
	Chilena	1	0,1
	China	3	0,3
	Colombiana	9	1,0
	Cubana	2	0,2
	Dominicana	3	0,3
	Ecuatoriana	5	0,6
	Egipcia	1	0,1
	Española	786	89,1
	Finlandesa	5	0,6
	Holandesa	1	0,1
	Hondureña	1	0,1
	India	1	0,1

	Italiana	3	0,3
	Libanesa	1	0,1
	Marroquí	18	2,0
	Paraguaya	1	0,1
	Polaca	1	0,1
	Rumana	1	0,1
	Rusa	2	0,2
	Senegalesa	2	0,2
	Sueca	1	0,1
	Ucraniana	4	0,5
	Uruguay	4	0,5
	Total	882	100,0

Edad

La muestra obtenida presentaba una media de edad de 54,25 años (DE=17,18).

Tabla 7.- Descripción variable edad.

<i>Media</i>	<i>IC 95%</i>		<i>Mediana</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Rango Intercuartil</i>
<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>				
54,25	53,12	55,39	55,00	17,18	28,00

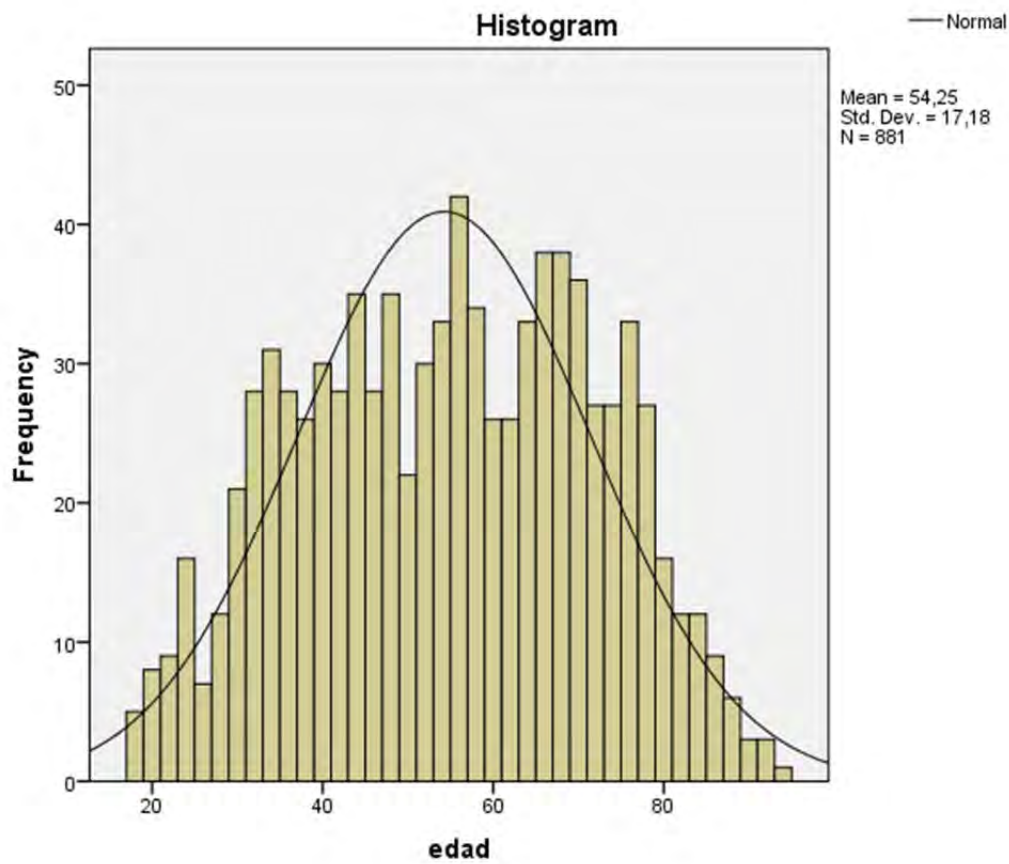


Gráfico 1.- Histograma edad.

Especialidades frecuentadas

La selección muestral nos ha permitido tener una muestra representativa de cada una de las especialidades en cada uno de los centros, por lo que las especialidades con mayor número de sujetos se corresponden con aquellas presentes en la cartera de servicios de los tres centros objeto de nuestro estudio.

Tabla 8.- Especialidades frecuentadas.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Anestesia	27	3,1
	Cardiología	81	9,2
	Cirugía	84	9,5
	Dermatología	42	4,8
	Digestivo	75	8,5
	Ginecología	63	7,1
	Hematología	12	1,4
	Medicina Interna	72	8,2
	Neumología	72	8,2
	Oftalmología	48	5,4
	Otorrino	78	8,8
	Rehabilitación	36	4,1
	Tocología	63	7,1
	Traumatología	81	9,2
	Urología	48	5,4
Total		882	100,0

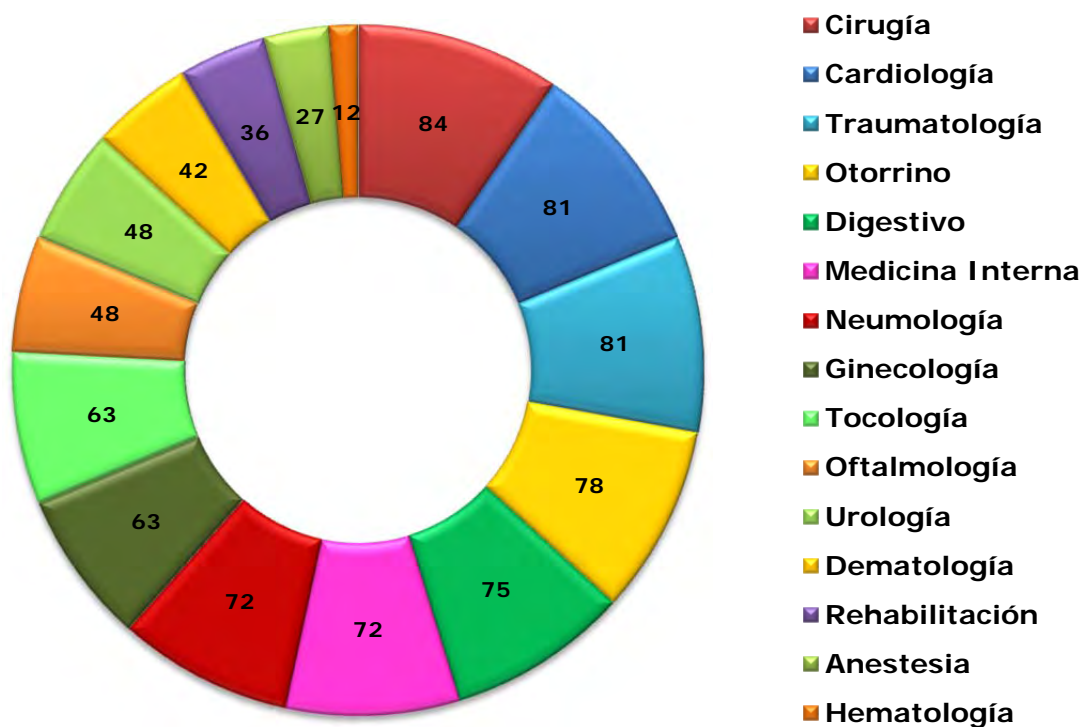


Gráfico 2.- Especialidades frecuentadas.

Tipo de consulta

El 48,6% (n=429) de los sujetos se corresponden con citas de 1ª visita, frente al 51,4% (n=453) de revisiones. En este grupo hemos hallado que el mayor número de sujetos se encuentran en Revisiones a 1 mes con un 16% (n=141) y a 6 meses con el 10,7% (n=94).

Tabla 9.- Tipo de consulta.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Validos	1ª vez	429	48,6
	Revisión a 1 mes	141	16,0
	Revisión a 2 meses	76	8,6
	Revisión a 3 meses	78	8,8
	Revisión a 4 meses	29	3,3
	Revisión a 6 meses	94	10,7
	Revisión al año	35	4,0
Total		882	100,0

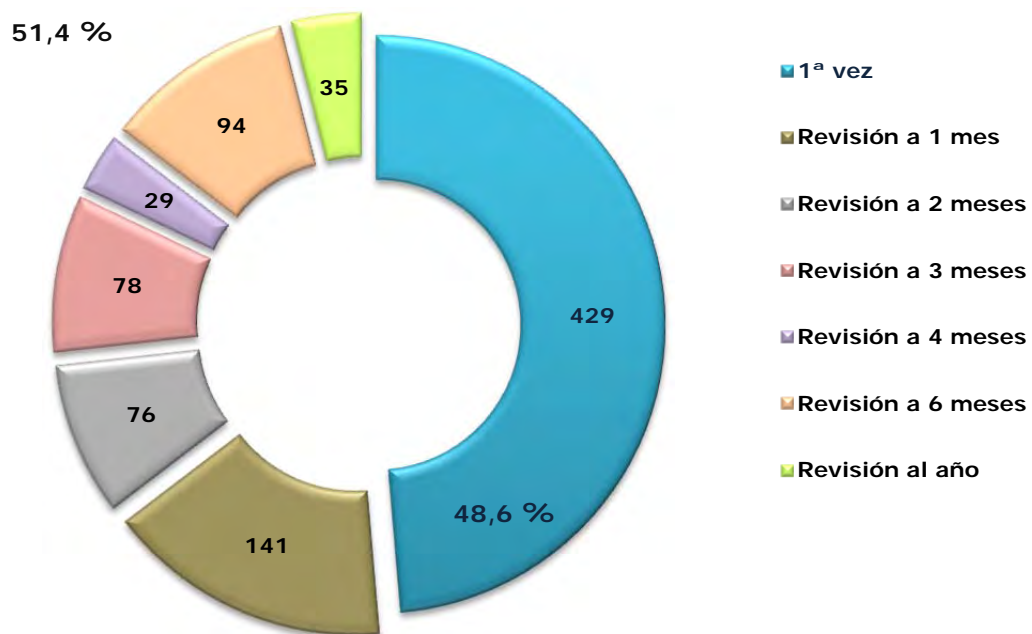


Gráfico 3.- Tipo de consulta.

Demora en la cita

La media de la demora de la asignación de la cita médica es de 21,21 días con una desviación típica de 33,27, mostrando un amplio rango de variabilidad.

Tabla 10.- Descripción variable demora en la cita.

<i>Media</i>	<i>IC 95%</i>		<i>Mediana</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Rango Intercuartil</i>
21,21	19,01	23,41	3,00	33,27	32,00

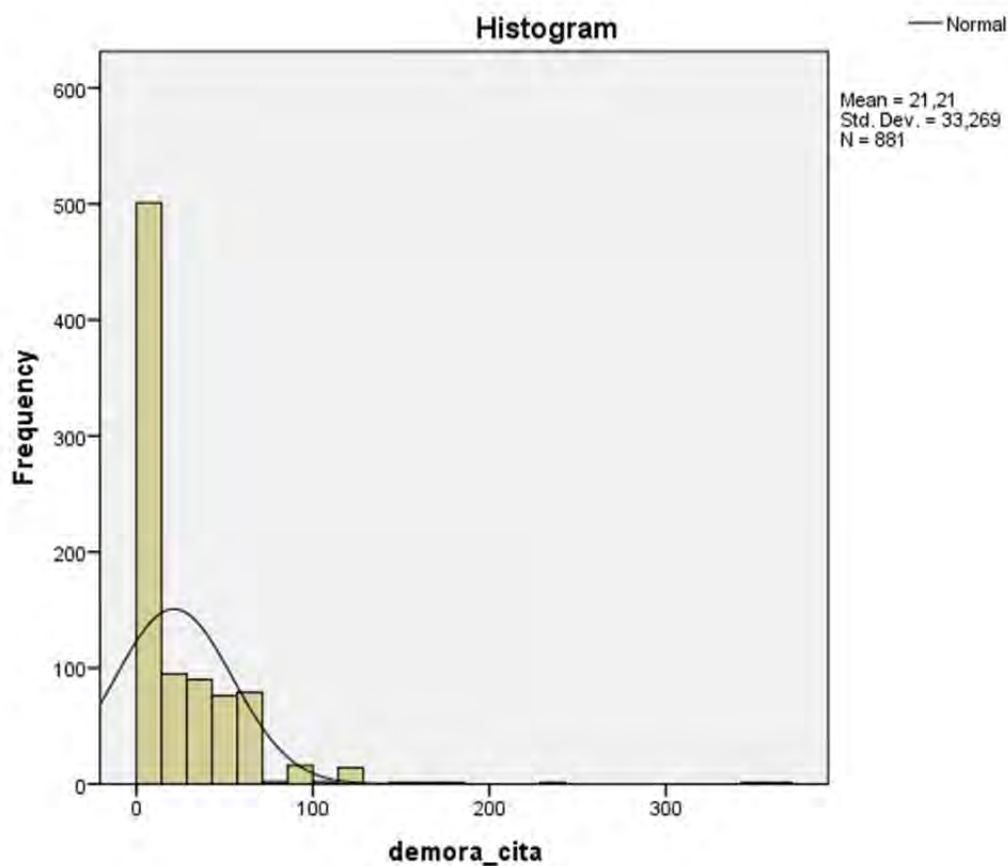


Gráfico 4.- Histograma demora cita en días.

Cómo le comunican su cita

Los datos muestran que los medios más frecuentes de comunicación de la cita, con porcentajes muy similares, han sido la comunicación personal con un 39,6% (n=349) y la comunicación vía telefónica, con un 37,2% (n=328), frente a la comunicación por carta, que representa un 22,6% (n=199) del total.

Tabla 11.- Cómo le comunican su cita.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Carta	199	22,6
	Teléfono	328	37,2
	Personal	349	39,6
	Total	876	99,3
Perdidos	Sistema	6	0,7
Total		882	100,0

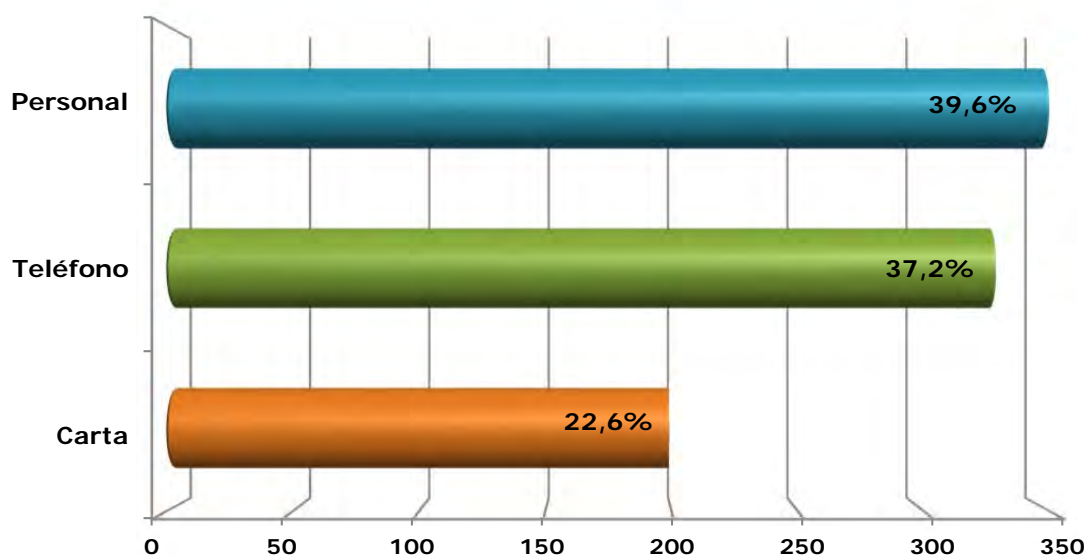


Gráfico 5.- Comunicación cita.

Distancia geográfica al centro hospitalario

La media de la distancia en Km al centro hospitalario era de 8,92 Km con una desviación típica de 10,7.

Tabla 12.- Descripción variable distancia geográfica al centro hospitalario.

<i>Media</i>	<i>IC 95%</i>		<i>Mediana</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Rango Intercuartil</i>
<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>				
8,92	8,21	9,62	4,00	10,71	8,00

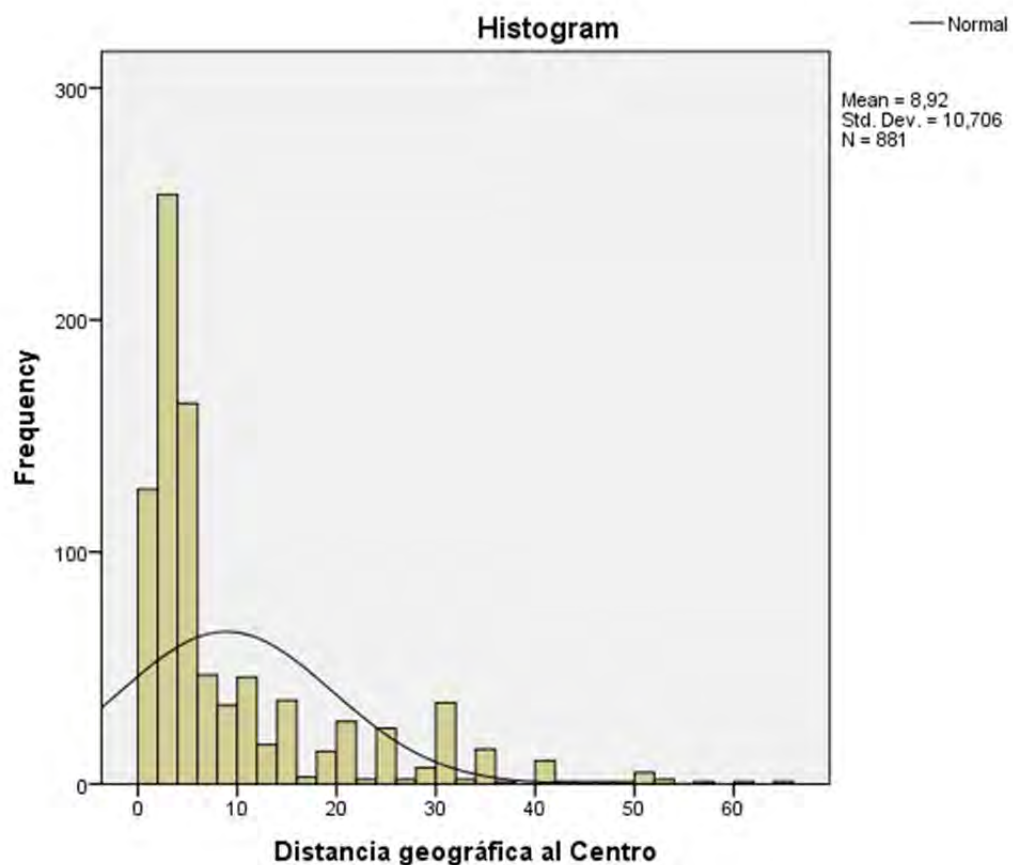


Gráfico 6.- Histograma distancia al centro en km.

Medio de transporte

El medio de transporte más usado para acudir a consulta ha sido con diferencia el vehículo propio, que ha representado un 55,6% (n=490) del total. Se ha usado el vehículo de un amigo o familiar y el transporte público en un porcentaje similar, un 17,2% (n=152) y un 15,1% (n=133), frente a un 12,1% (n=107) de pacientes que han acudido a pie al centro sanitario correspondiente.

Tabla 13.- Medio de transporte.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	A pie	107	12,1
	Transporte público	133	15,1
	Vehículo propio	490	55,6
	Vehículo amigo o familiar	152	17,2
Total		882	100,0

■ A pie ■ Transporte público ■ Vehículo propio ■ Vehículo amigo o familiar

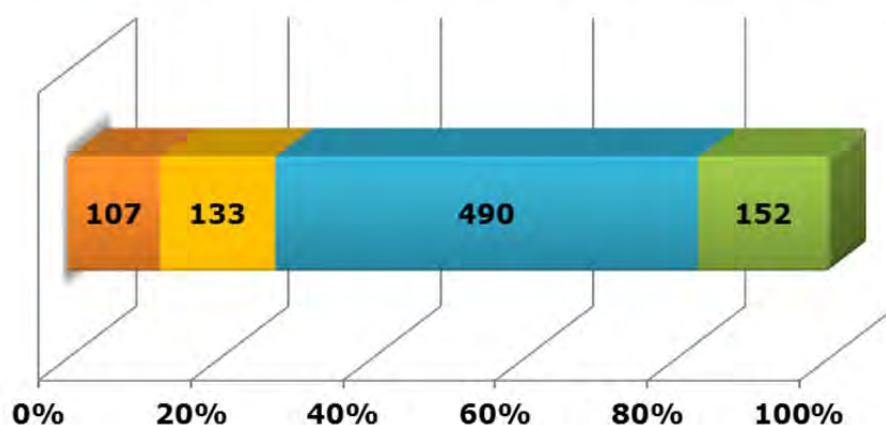


Gráfico 7.- Medio de transporte.

Nivel de estudios

Los grupos de nivel de estudios más frecuentes que hemos hallado son estudios primarios (n=334; 37,9%) y estudios secundarios (n=273; 31%) frente a los grupos de pacientes sin estudios y estudios universitarios, que representan un 16,4% (n=145) y un 14,7% (n=130) del total de sujetos, respectivamente.

Tabla 14.- Nivel de estudios.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Sin estudios	145	16,4
	Primarios	334	37,9
	Secundarios	273	31,0
	Universitarios	130	14,7
Total		882	100,0

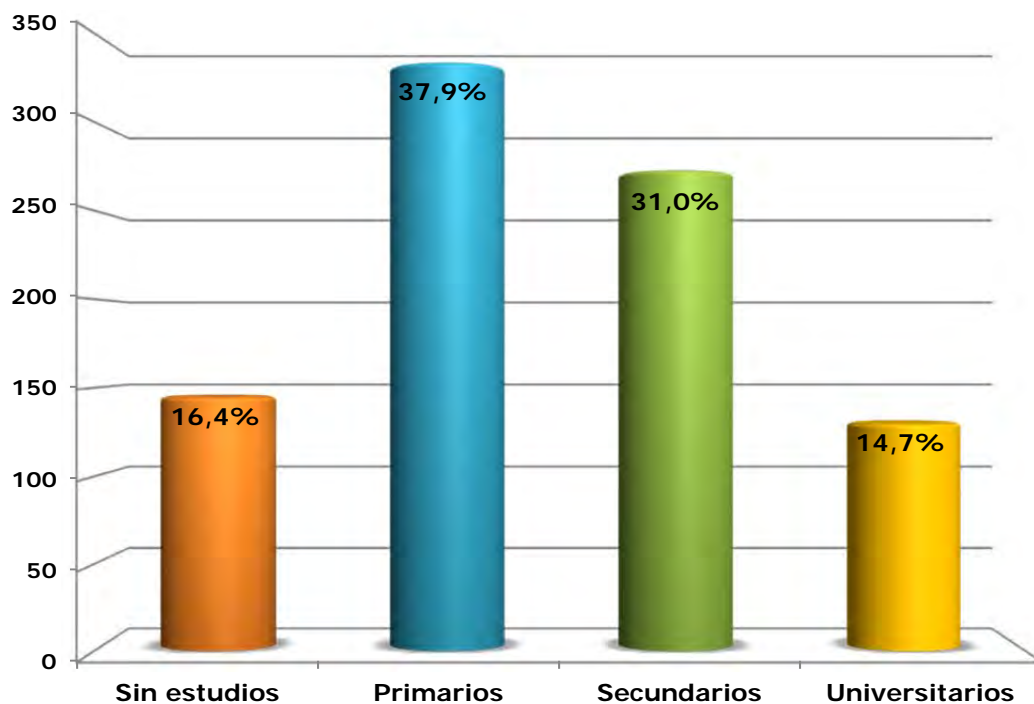


Gráfico 8.- Nivel de estudios.

Percepción de salud

En referencia a la percepción de salud de los pacientes encuestados, la mayoría consideran que su estado de salud en el momento de la entrevista es *Buena* con un 51,7% (n=456), seguido del 30,8% (n=272) en segundo lugar que opinan que su estado de salud es *Regular*. El 6,3% (n=56) manifiestan una salud *Mala* y tan solo el 0,9% (n=8) *Muy mala*, frente al 10,1% (n=89) que representan los sujetos que declaran una salud *Muy buena*.

Tabla 15.- Percepción de salud.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Muy mala	8	0,9
	Mala	56	6,3
	Regular	272	30,8
	Buena	456	51,7
	Muy buena	89	10,1
	Total	881	99,9
Perdidos	Sistema	1	0,1
Total		882	100,0

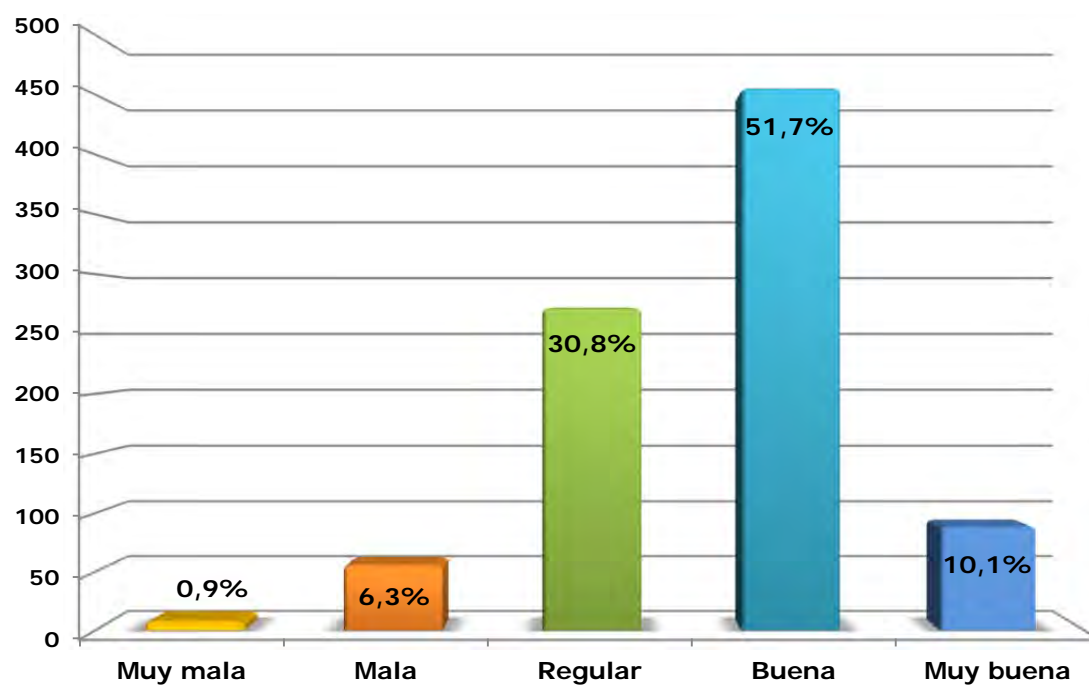


Gráfico 9.- Percepción estado de salud.

¿Cómo considera el tipo de atención que necesita?

En respuesta a la cuestión de la percepción del tipo de atención que precisaban los sujetos, la mayoría (n=683; 77,4%) manifestó una necesidad *Normal* (en un plazo de 60 días) de ser atendidos en la consulta. Muy inferior (n=146; 16,9%) es el porcentaje de pacientes que opinan que necesitan una atención *Preferente* (antes de 15 días) y un 5,6% (n=49) declararon la necesidad de una atención *Urgente* (inmediata).

Tabla 16.- ¿Cómo considera el tipo de atención que necesita?

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Normal	683	77,4
	Preferente	149	16,9
	Urgente	49	5,6
	Total	881	99,9
Perdidos	Sistema	1	0,1
Total		882	100,0

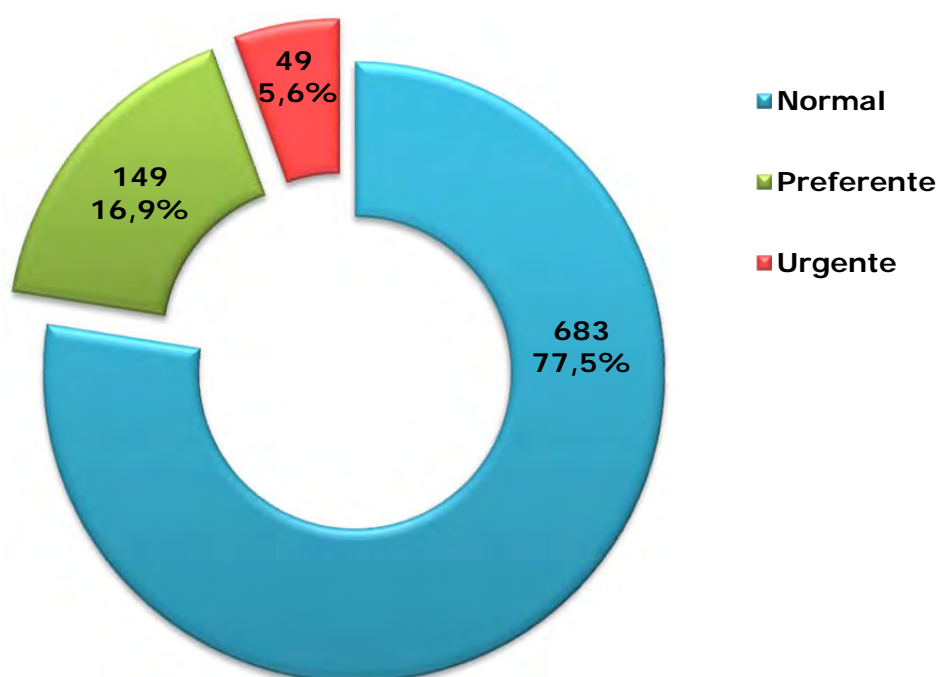


Gráfico 10.- Tipo atención que necesita.

¿Tiene más de 2 enfermedades diagnosticadas?

Los pacientes que presentaban más de 2 enfermedades diagnosticadas representan el 43,6% (n=384) del total de sujetos encuestados, frente al 56,3% (n=497) que manifestaron su negativa a esta cuestión.

Tabla 17.- ¿Más de 2 enfermedades diagnosticadas?

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	No	497	56,3
	Sí	384	43,6
	Total	881	99,9
Perdidos	Sistema	1	0,1
Total		882	100,0

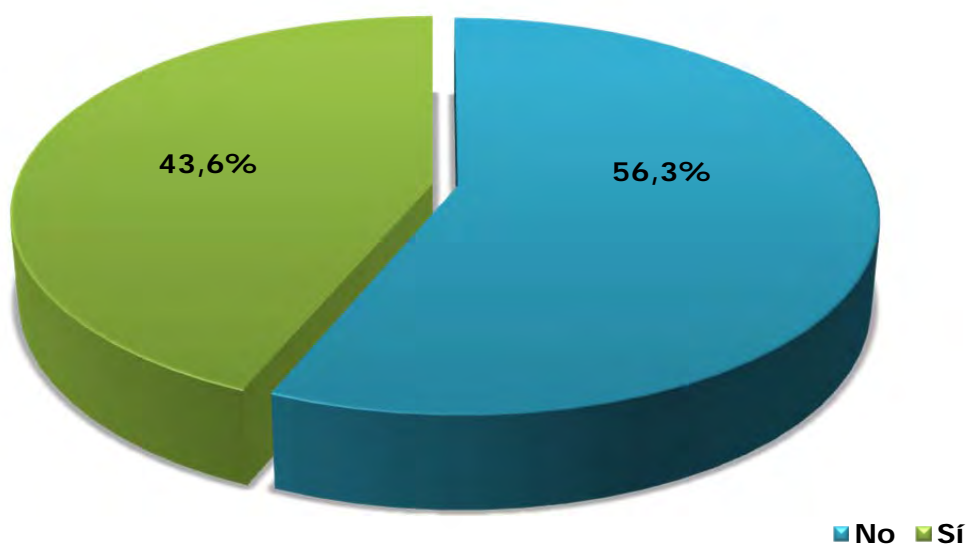


Gráfico 11.- ¿Más de 2 enfermedades?

Clase social ocupacional

En referencia a la clase social ocupacional de los encuestados los grupos más numerosos de la muestra son *Asalariado* (n=290; 32,9%) y *Jubilado* (n=252; 28,6%), seguido de *Ama de casa* (n=136; 15,4%), *Desempleado* (n=105; 11,9) y *Autónomo* (n=81; 9,2%) y por último *Estudiante* (n=17; 1,9%) y *Gerente o Empresario* (n=1; 0,1%).

Tabla 18.- Clase social.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Jubilado	252	28,6
	Ama de casa	136	15,4
	Desempleado	105	11,9
	Estudiante	17	1,9
	Asalariado	290	32,9
	Autónomo	81	9,2
	Gerente o Empresario	1	0,1
Total		882	100,0

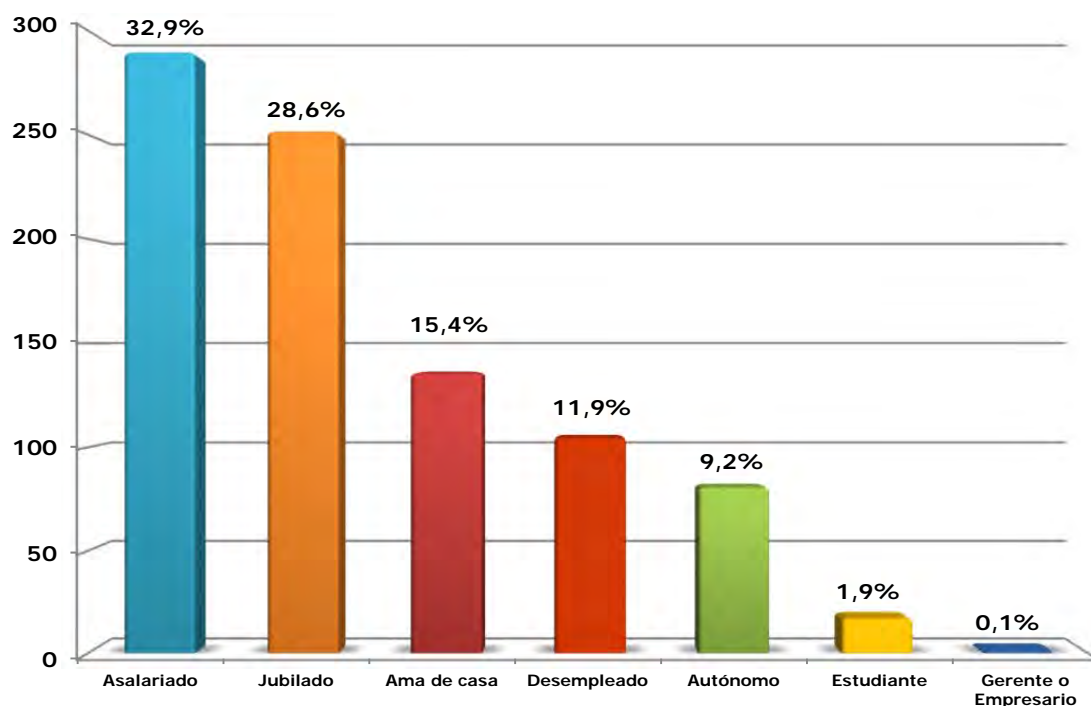


Gráfico 12 .- Clase social.

Tabla 19.- Clase social sensible a ingresos.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Jubilado, Ama de casa, Estudiante o Desempleado	510	57,8
	Asalariado o Autónomo	371	42,1
	Gerente o empresario	1	0,1
Total		882	100,0

Realizando el agregado de la Clase social sensible a ingresos observamos que el mayor porcentaje corresponde al *grupo sin ingresos* con un 57,8% (n=510), seguido de *Asalariado o Autónomo* con un 42,1% (n=371) de los encuestados y por último una mínima representación del 0,1% (n=1) del grupo de *ingresos más elevados*.

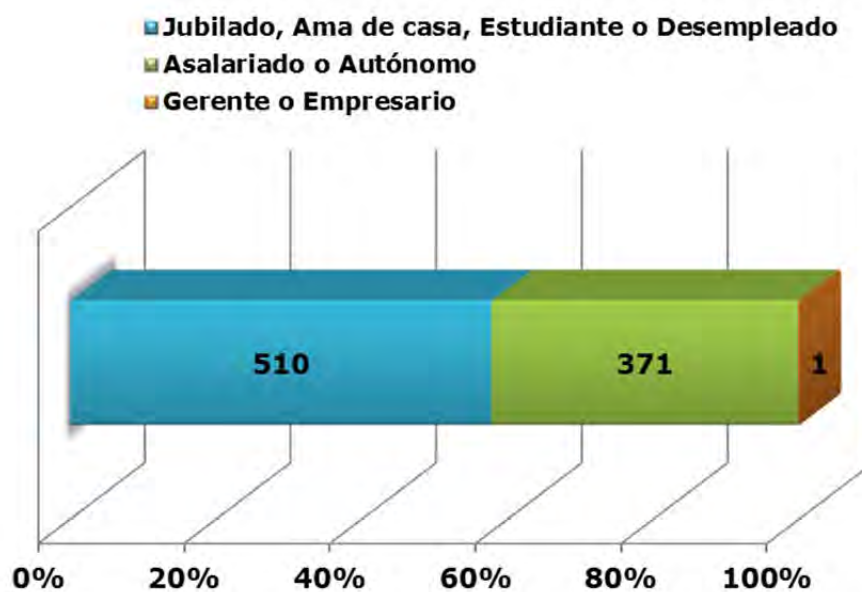


Gráfico 13.- Clase social sensible a ingresos.

¿Se encontraba de baja laboral?

El 95,8% (n=845) de los pacientes encuestados manifestaron no estar de baja laboral en el momento de su cita médica, frente al 4,1% (n=36) que sí presentaron situación de incapacidad laboral transitoria en ese período.

Tabla 20.- ¿Baja laboral?

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	No	845	95,8
	Sí	36	4,1
	Total	881	99,9
Perdidos	Sistema	1	0,1
Total		882	100,0

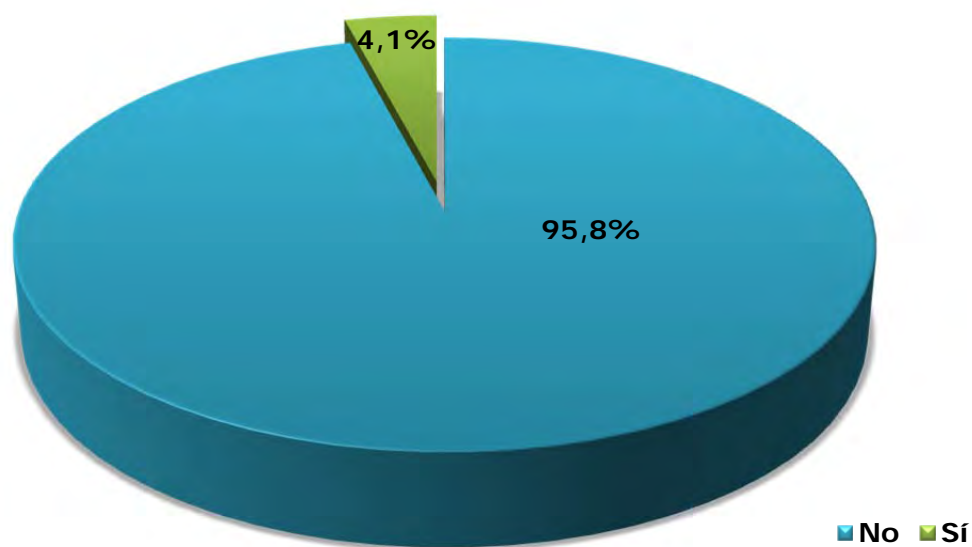


Gráfico 14.- ¿Baja laboral?

¿Tiene familiares a su cargo?

En el momento de la realización de la encuesta el 53,6% (n=473) de los entrevistados respondieron que tenían familiares a su cargo, frente al 46,4% (n=409) que lo negaron.

Tabla 21.- ¿Familiares a cargo?

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	No	473	53,6
	Sí	409	46,4
Total		882	100,0

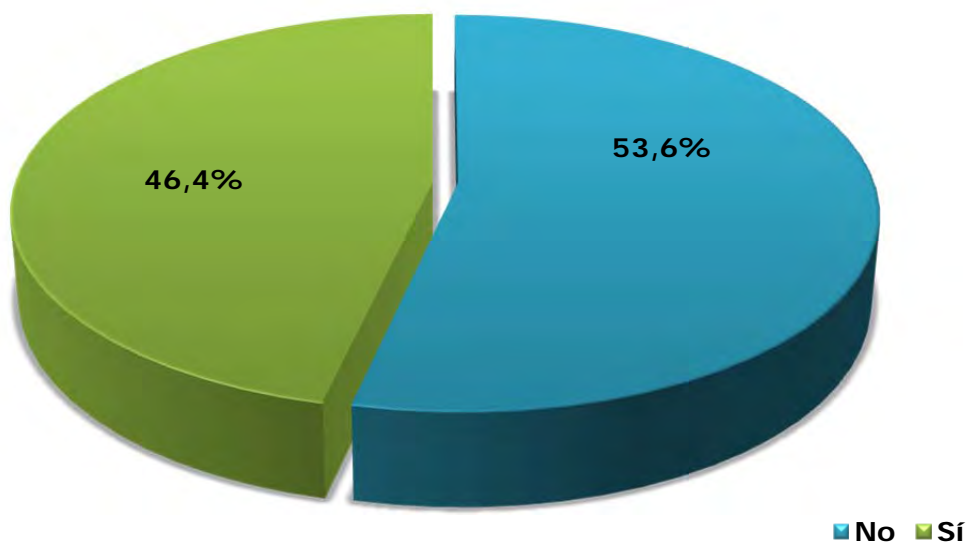


Gráfico 15.- ¿Familiares a cargo?

Tipo de carga familiar

En referencia a los encuestados que manifestaron tener familiares a su cargo, el mayor porcentaje 90,5% (n=370) corresponde a *Hijos*, seguido de *Personas mayores* (n=30; 7,3%) y *Personas dependientes* (n=9; 2,2%) en porcentajes muy inferiores.

Tabla 22.- Tipo de carga familiar.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Hijos	370	90,5
	Personas mayores	30	7,3
	Personas dependientes	9	2,2
Total		409	100,0

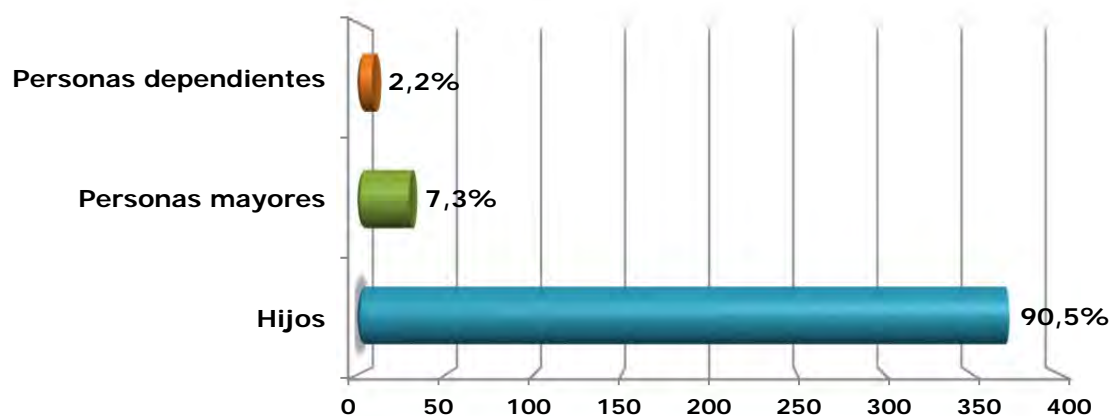


Gráfico 16.- Tipo de carga familiar.

Nivel de dependencia

El nivel de dependencia de los encuestados es mayoritariamente *Independiente* (n=776; 87,3%).

Tabla 23.- Nivel de dependencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Total	3	0,3
	Severa	4	0,5
	Moderada	35	4,0
	Escasa	68	7,7
	Independiente	770	87,3
	Total	880	99,8
Perdidos	Sistema	2	0,2
Total		882	100,0

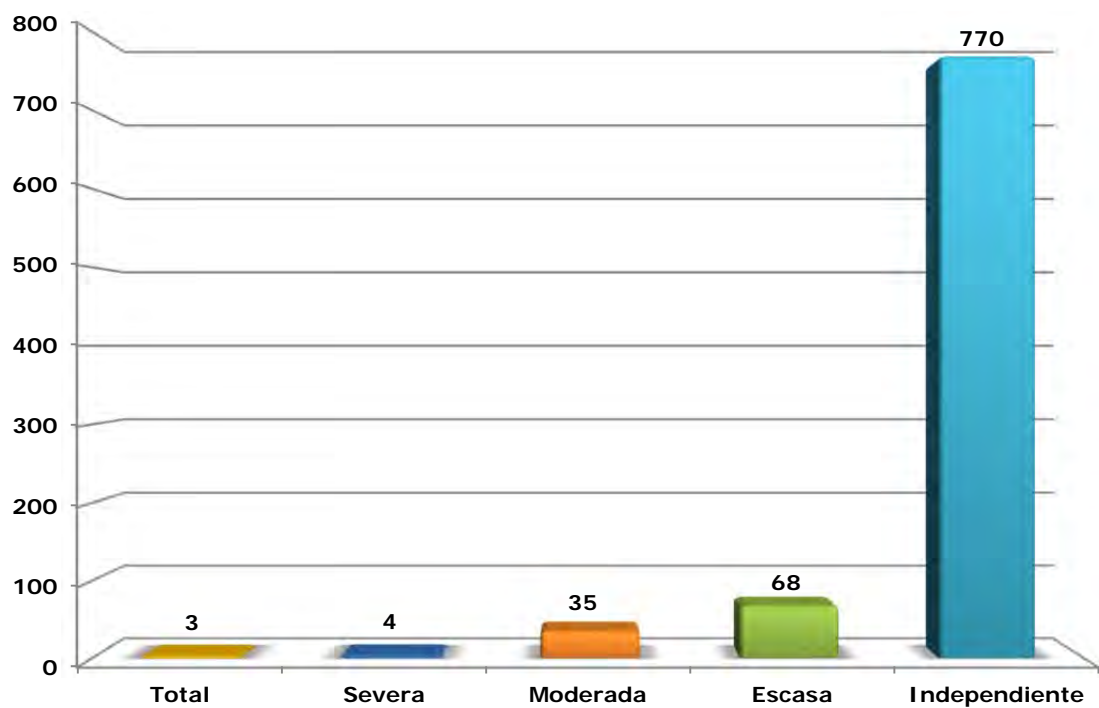


Gráfico 17.- Nivel de dependencia.

Frecuentación Urgencias en los últimos 6 meses

La media del grupo con respecto a la frecuentación de Urgencias en los 6 meses previos a la realización de la encuesta fue de 0,68 con una desviación típica de 1,19.

Tabla 24.- Descripción variable frecuentación Urgencias últimos 6 meses.

<i>Media</i>	<i>IC 95%</i>		<i>Mediana</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Rango Intercuartil</i>
	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>			
0,68	0,60	0,76	0,00	1,19	1,00

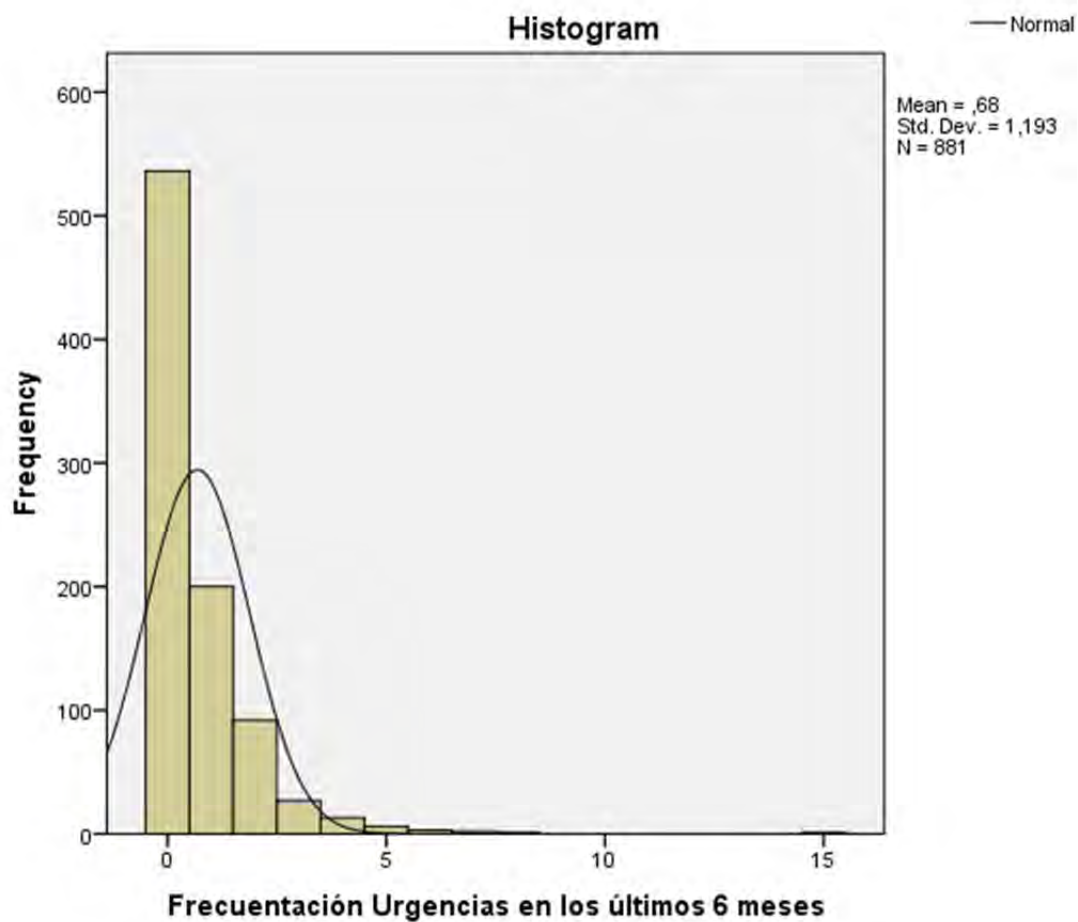


Gráfico 18.- Histograma frecuentación Urgencias últimos 6 meses.

Frecuentación Consultas Externas en el último año

En referencia a la asistencia a Consultas Externas durante el año previo a la realización de la encuesta, la media es de 4,41, con un desviación típica de 4,70.

Tabla 25.- Frecuentación Consultas Externas último año.

<i>Media</i>	<i>IC 95%</i>		<i>Mediana</i>	<i>Desviación Típica</i>	<i>Rango Intercuartil</i>
	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>			
4,41	4,10	4,72	3,00	4,70	5,00

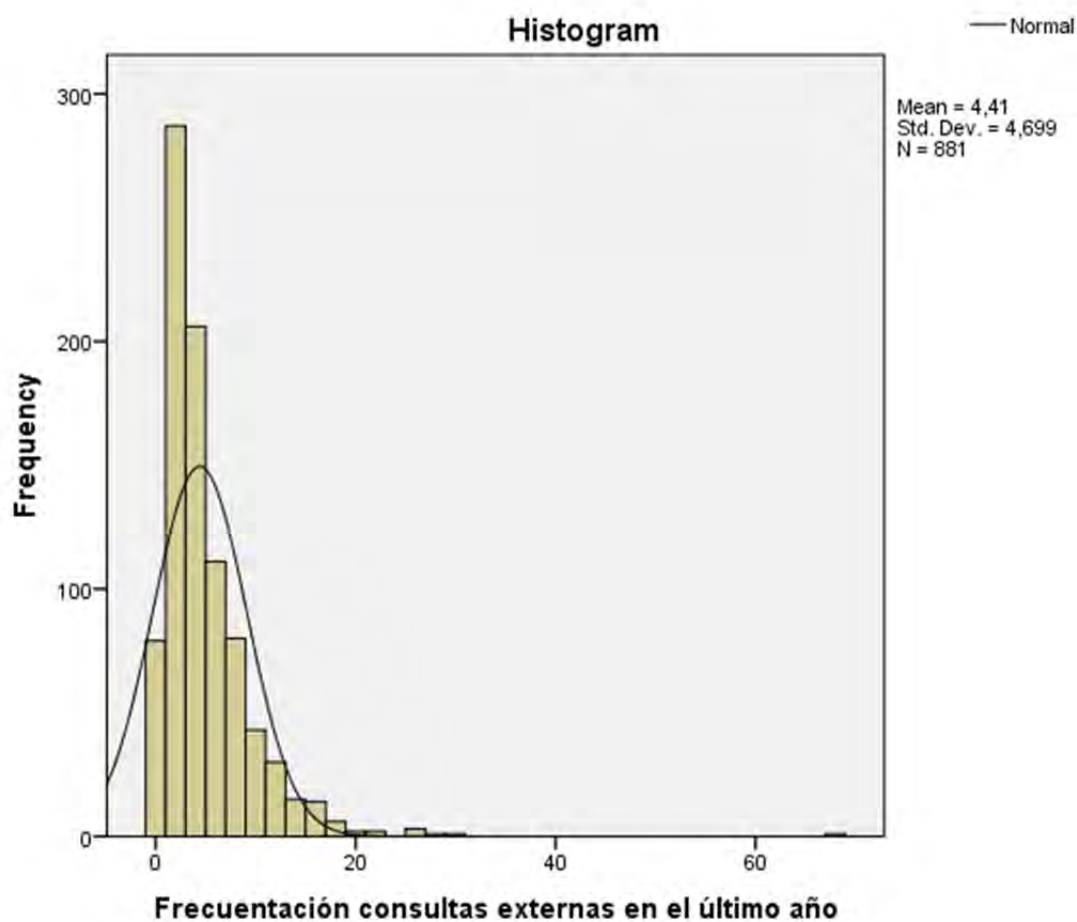


Gráfico 19.- Frecuentación Consultas Externas último año.

Motivo de absentismo a la cita (Sólo Casos)

Entre los motivos alegados por los pacientes encuestados para no acudir a su cita médica programada, es *el Olvido* el que presenta un porcentaje mayor con el 29,6% (n=87) de los encuestados seguido de *Fallo en la comunicación* con el 16% (n=47), tal y como se muestra la tabla adjunta.

Tabla 26.- Motivo absentismo a la cita.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Olvido	87	29,6
	Error administrativo	10	3,4
	Fallo comunicación	47	16,0
	Mejoría	14	4,8
	Incapacidad física	11	3,7
	Pruebas pendientes	3	1,0
	Insatisfacción	7	2,4
	Otros motivos	115	39,1
Total		294	100,0

Pero el grupo más numeroso lo representan *Otros motivos* con el 39,1% (n=115), cuyas especificaciones se detallan a continuación:

Tabla 27.- Especificación Otros Motivos.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	Viaje	13	11,3%
	Laborales	13	11,3%
	Enfermedad	10	8,7%
	Confusión Horario	8	7,0%
	Hospitalización	8	7,0%
	Transporte	7	6,1%
	Médico Particular	2	1,7%
	Sin Especificar	54	47,0%
Total		115	100,0

En el grupo recogido como otros motivos, los pacientes encuestados manifestaron que no asistieron a su consulta médica en primer lugar por *Viaje* y *Motivos laborales* ambos con 11,3% (n=13) del total de este grupo.

Seguido de *Enfermedad* con un 8,7% (n=10) y *Confusión de horario* y *Hospitalización*, ambos en este caso con un 7% (n=8).

Aunque cabe destacar que el 47% (n=54) de los pacientes no manifestaron la causa de su inasistencia, lo que representa el 18,4% (n=54) del total de *Motivos de absentismo a la cita*, ocupando el tercer lugar en este grupo.

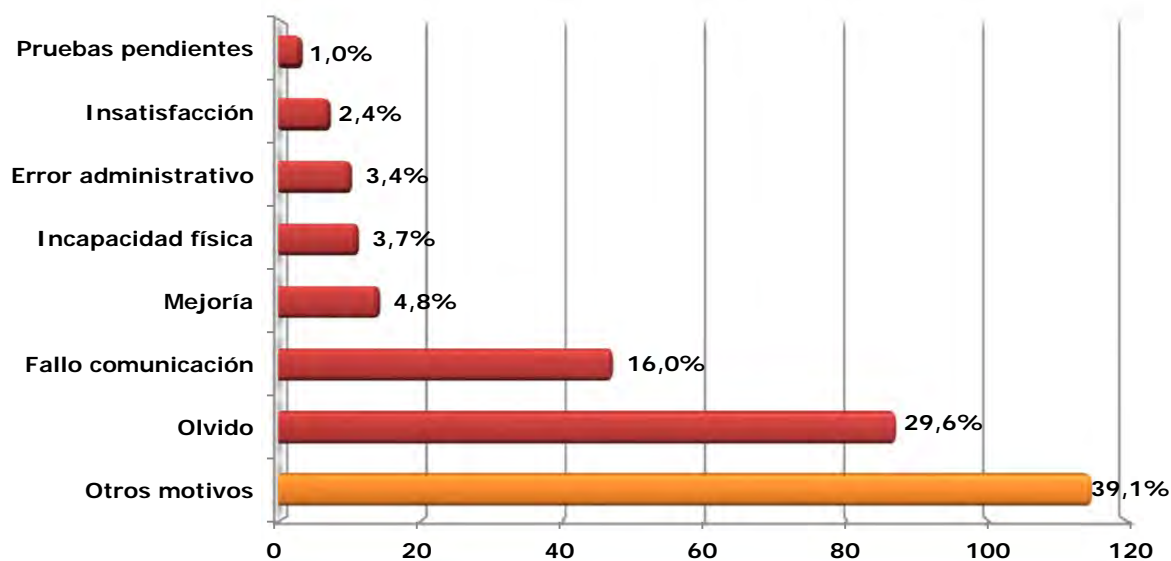


Gráfico 20.- Motivo absentismo a la cita.

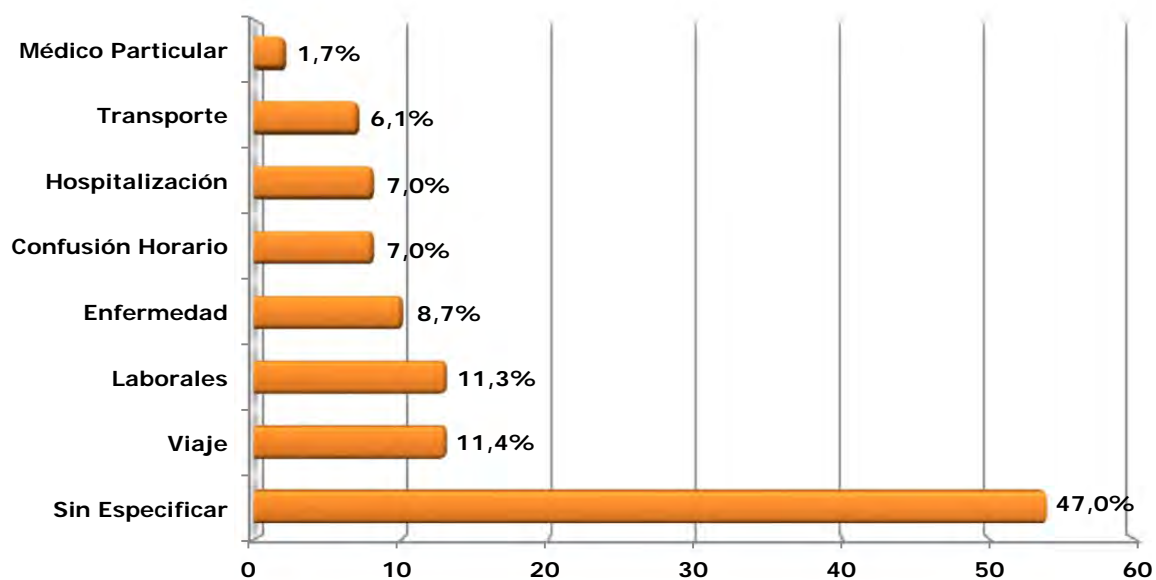


Gráfico 21.- Especificación Otros Motivos.

¿Se le planifica nueva cita? (Sólo Casos)

El 57,8% (n=170) de los pacientes encuestados que no acudieron a su cita solicitaron una nueva cita médica, frente al 42,2% (n=124) que no lo hicieron.

Tabla 28.- Se le planifica nueva cita.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válidos	No	124	42,2
	Sí	170	57,8
Total		294	100,0

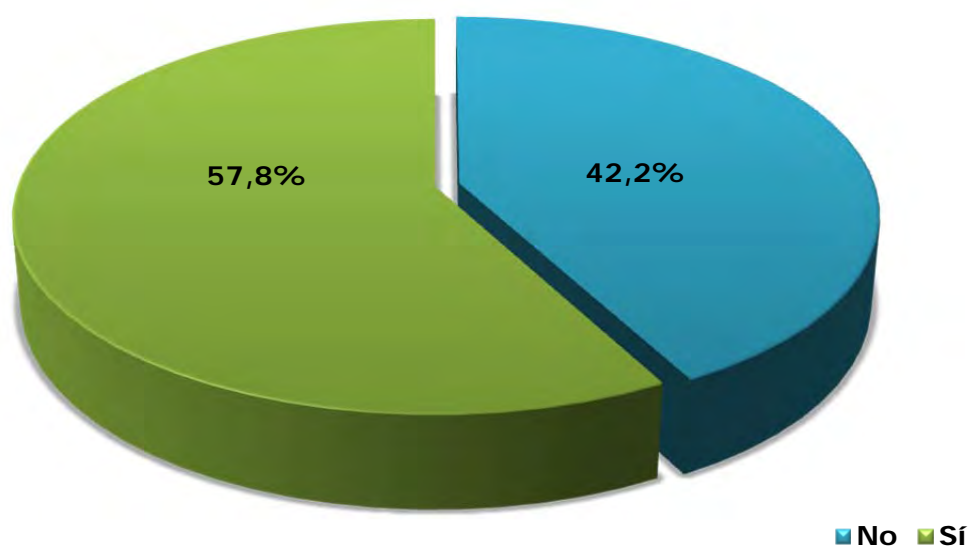


Gráfico 22.- Se le planifica nueva cita.

7.2 Análisis bivalente

En primer lugar se presentan los resultados del análisis de las variables cuantitativas: edad expresada en años, demora en la asignación de la cita en días, distancia geográfica al centro en kilómetros, frecuentación a Urgencias en los últimos seis meses en número de veces y frecuentación a Consultas Externas en el último año en número de veces.

Las características de las mismas se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 29.- Edad, Demora, Distancia, Frecuentación a Urgencias y Consultas.

	<i>Media</i>		<i>Desviación Estándar</i>		<i>P</i>
	<i>Caso (N=294)</i>	<i>Control (N=588)</i>	<i>Caso (N=294)</i>	<i>Control (N=588)</i>	
Edad	51,28	55,70	17,49	16,86	<0,001
Demora en cita	25,24	19,15	37,33	30,86	0,048
Distancia geográfica al centro	8,70	9,01	10,93	10,59	0,436
Frecuentación Urgencias en últimos 6 meses	0,79	0,63	1,42	1,06	0,183
Frecuentación Consultas Externas en último año	3,60	4,82	4,01	4,96	<0,001

Los datos muestran una diferencia significativa ($p < 0,001$) (test de Wilcoxon) en la edad, siendo la media superior en los casos con una desviación estándar similar en ambos grupos.

También lo hace la demora en la cita aunque con una menor significación ($p = 0,048$), presentando los casos una demora media superior a los controles en 6,09 días con una desviación típica superior.

La distancia geográfica al centro no es significativa ($p = 0,436$); al igual que la frecuentación a Urgencias en los últimos seis meses ($p = 0,183$).

La que sí muestra una significación es la Frecuentación a Consultas Externas en el último año ($p < 0,001$), con una media inferior en los casos y una desviación estándar similar en ambos grupos.

En definitiva, los pacientes más jóvenes, con una cita demorada y con menor frecuentación a Consultas Externas se presentan como el perfil de sujetos con mayor absentismo en la cita médica programada en el Servicio de Consultas Externas.

Para una mejor comprensión de la Frecuentación a Consultas Externas en el último año, hemos analizado los datos especificando si acude o no a Consultas en el mismo período.

Tabla 30.- Tabla contingencia. ¿Acude Consultas último año? * Caso - Control.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
¿ACUDIO A CONSULTAS EXTERNAS EN ULTIM AÑO?	ON	Recuento	64	15	79
		% en No	81,0%	19,0%	100,0%
		% en Grupo	21,8%	2,6%	9,00%
		% Total	7,3%	1,7%	9,00%
	IS	Recuento	230	573	803
		% en Sí	28,6%	71,4%	100,0%
		% en Grupo	78,2%	97,4%	91,00%
		% Total	26,0%	65,0%	91,00%
Total		Recuento	294	588	882
		% en Enfermedades	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,3%	66,7%	100,0%

Se muestra de nuevo con la prueba de Chi cuadrado una diferencia significativa ($p < 0,001$). Se observa cómo una mayoría de los casos había acudido a Consultas Externas en el último año ($n=230$; 78,2%) frente a los que no acuden ($n=64$; 21,8%). También es necesario resaltar el dato del 21,8% de los casos que no acudieron a Consultas Externas frente al 2,6% ($n=15$) de los controles.

Así mismo, hemos de constatar que del total de pacientes que no acudieron a Consultas Externas el 81,0% ($n=64$) fueron casos, frente al 19,0% ($n=15$) pertenecientes a controles; en contraposición con los datos de los pacientes que sí acudieron a consulta de los que

el 28,6% (n=230) fueron casos que sí acudieron frente al 71,4% (n=573) de los controles que también lo hicieron.

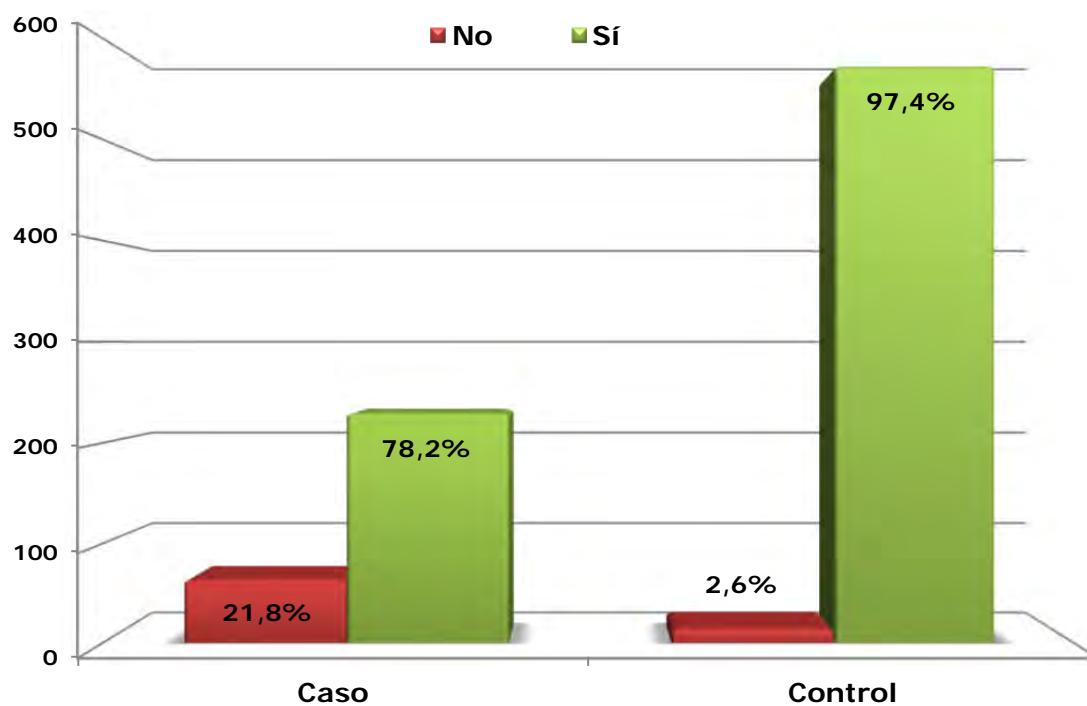


Gráfico 23.- ¿Acude a Consultas Externas en último año? Caso – Control.

Diferencias por género y grupo

Al analizar la influencia del sexo en el absentismo en consultas mediante la prueba de Chi cuadrado observamos que no es significativa ($p=0,099$).

Tabla 31.- Tabla contingencia. Sexo * Caso - Control.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
O X E S	HOMBRES	Recuento	122	209	331
		% en Hombres	36,9%	63,1%	100,0%
		% en Grupo	41,5%	35,5%	37,5%
		% Total	13,8%	23,7%	37,5%
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
	MUJERES	Recuento	172	379	551
		% en Mujeres	31,2%	68,8%	100,0%
		% en Grupo	58,5%	64,5%	62,5%
		% Total	19,5%	43,0%	62,5%
		Residuos corregidos	-1,7	1,7	
Total		Recuento	294	588	882
		% en Sexo	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,3%	66,7%	100,0%

Lo que si podemos observar es la diferencia en cuanto a hombres y mujeres respecto al grupo caso-control; siendo siempre mayor el número de mujeres en ambos grupos; 58,5% ($n=172$) frente al 41,5% ($n=122$) en los casos y el 64,5% ($n=379$) frente al 35,5% ($n=209$) en los controles.

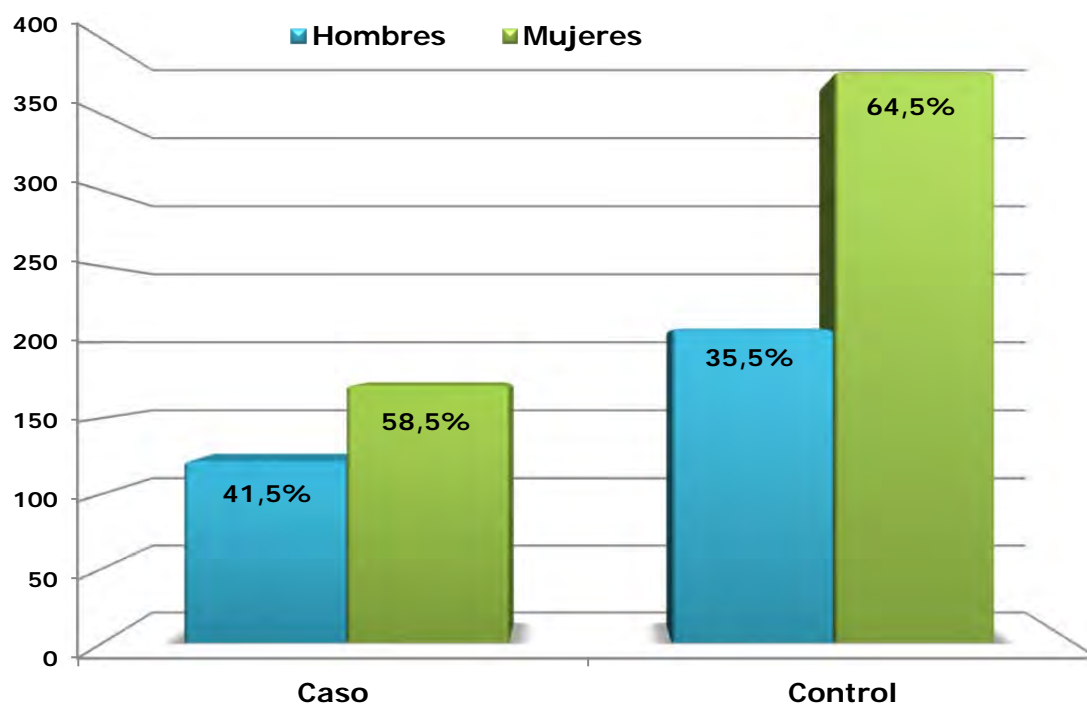


Gráfico 24.- Sexo en Caso - Control.

Así mismo, los datos ponen de manifiesto que el porcentaje de hombres y mujeres se encuentra más igualado en comparación con el grupo de caso y control. Teniendo el 36,9% de hombres en casos, frente al 31,2% de mujeres; y el 63,1% de hombres en controles, frente al 68,8% de mujeres.

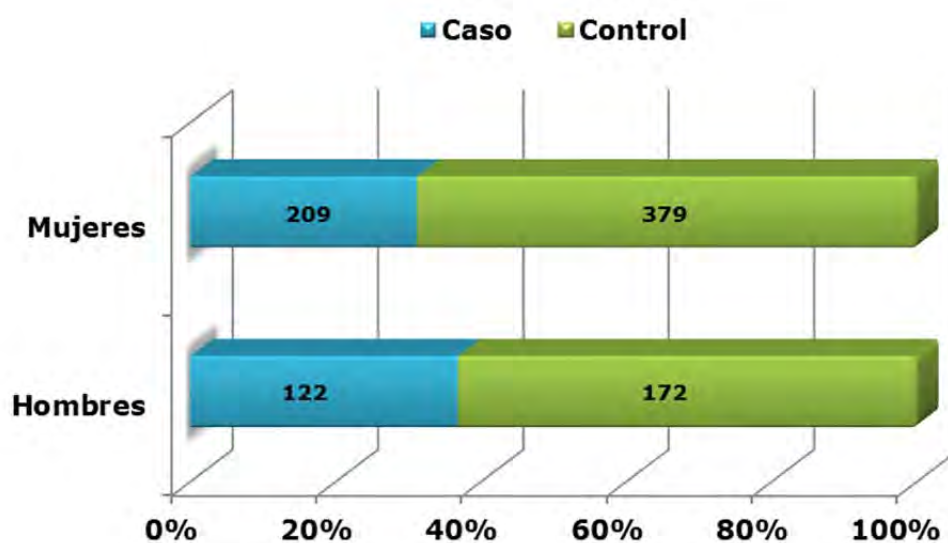


Gráfico 25.- Porcentaje sexo en Caso - Control.

Especialidad Médica por grupos

El estudio de la influencia de la especialidad médica en el absentismo en consultas nos revela que esta variable no es significativa (prueba de Chi cuadrado con $p=1,000$). Aquellas consultas que registran un mayor número de sujetos es debido a su mayor presencia en la cartera de servicios de los tres centros, teniendo por tanto un mayor volumen de solicitud de citas. Por lo que la fragmentación no es muy grande.

Las consultas con mayor número de sujetos son Cirugía (9,5%), Cardiología y Traumatología (ambas con un 9,2%), frente a Rehabilitación (4,1%), Anestesia (3,1%) y Hematología (1,4%), repartiéndose de forma similar, tanto en el grupo de casos, como en el de controles.

Hemos de recordar en este punto la homogeneidad de las especialidades en cuanto al número de elementos asociadas al estudio de casos y controles, determinándose siempre una proporción de dos a una para estos últimos (66,7% de control y 33,3% de caso), pues en la selección de la muestra se realizó apareamiento por centro, servicio y tipo de consulta.

Estos datos se pueden contrastar mejor tanto en la tabla, como en el gráfico que se exponen a continuación:

Tabla 32.- Tabla contingencia. Especialidad médica * Caso - Control.

			<i>Grupo</i>		<i>Total</i>
			<i>Caso</i>	<i>Control</i>	
E S P E C I A L I D A D M E D I C A	ANESTESIA	Recuento	9	18	27
		% en Anestesia	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	3,1%	3,1%	3,1%
		% Total	1,0%	2,0%	3,1%
	CARDIOLOGIA	Recuento	27	54	81
		% en Cardiología	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	9,2%	9,2%	9,2%
		% Total	3,1%	6,1%	9,2%
	CIRUGIA	Recuento	28	56	84
		% en Cirugía	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	9,5%	9,5%	9,5%
		% Total	3,2%	6,3%	9,5%
	DERMATOLOGIA	Recuento	14	28	42
		% en Dermatología	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	4,8%	4,8%	4,8%
		% Total	1,6%	3,2%	4,8%
	DIGESTIVO	Recuento	25	50	75
		% en Digestivo	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	8,5%	8,5%	8,5%
		% Total	2,8%	5,7%	8,5%
	GINECOLOGIA	Recuento	21	42	63
		% en Ginecología	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	7,1%	7,1%	7,1%
		% Total	2,4%	4,8%	7,1%

E S P E C I A L I D A D M E D I C A	HEMATOLOGIA	Recuento	4	8	12
		% en Hematología	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	1,4%	1,4%	1,4%
		% Total	0,5%	0,9%	1,4%
	MED. INTERNA	Recuento	24	48	72
		% en Med. Interna	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	8,2%	8,2%	8,2%
		% Total	2,7%	5,4%	8,2%
	NEUMOLOGIA	Recuento	24	48	72
		% en Neumología	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	8,2%	8,2%	8,2%
		% Total	2,7%	5,4%	8,2%
	OFTALMOLOGIA	Recuento	16	32	48
		% en Oftalmología	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	5,4%	5,4%	5,4%
		% Total	1,8%	3,6%	5,4%
	OTORRINO	Recuento	26	52	78
		% en Otorrino	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	8,8%	8,8%	8,8%
		% Total	2,9%	5,9%	8,8%
	REHABILITACION	Recuento	12	24	36
		% en Rehabilitación	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	4,1%	4,1%	4,1%
		% Total	1,4%	2,7%	4,1%
	TOCOLOGIA	Recuento	21	42	63
		% en Tocología	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	7,1%	7,1%	7,1%
		% Total	2,4%	4,8%	7,1%

ESPECIALIDAD MEDICA	TRAUMATOLOGIA	Recuento	27	54	81
		% en Traumatología	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	9,2%	9,2%	9,2%
		% Total	3,1%	6,1%	9,2%
	UROLOGIA	Recuento	16	32	48
		% en Urología	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	5,4%	5,4%	5,4%
		% Total	1,8%	3,6%	5,4%
Total	Recuento		294	588	882
	% en Especialidad		33,3%	66,7%	100,0%
	% en Grupo		100,0%	100,0%	100,0%
	% Total		33,3%	66,7%	100,0%

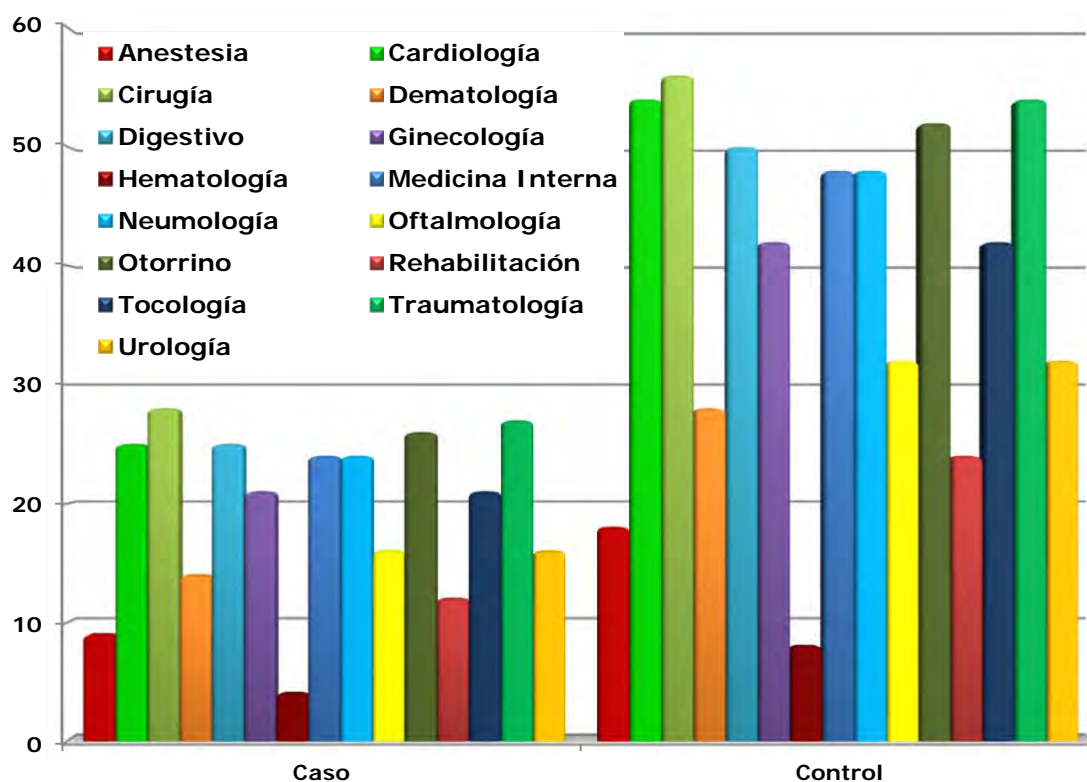


Gráfico 26.- Especialidades médicas en Caso - Control.

Tipo de consulta por grupos

Al analizar si el tipo de consulta a la que asiste el paciente puede o no afectar al absentismo en consultas, constatamos que no hay diferencias significativas a este respecto (prueba de Chi cuadrado con $p=0,270$). Así, el 48,6% ($n=429$) de las citas totales corresponden a 1ª visitas con igual porcentaje en ambos grupos, frente al 51,4% ($n=453$) de revisiones.

En referencia a las últimas, el grupo más numeroso con respecto a los datos totales corresponde a las revisiones a 1 mes con el 16,0%, seguido del 10,7% de las revisiones a 6 meses; y, por el contrario las de menor porcentaje son las revisiones al año con el 4,0% y revisiones a 4 meses con el 4,8% y revisiones al año con el 3,3%.

Esta distribución se corresponde con la misma por los grupos de casos y controles con porcentajes muy similares.

Tabla 33.- Tabla contingencia. Tipo consulta * Caso - Control.

			<i>Grupo</i>		<i>Total</i>
			<i>Caso</i>	<i>Control</i>	
P O P U L A C I O N	1ª VISITA	Recuento	143	286	429
		% en 1ª Visita	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	48,6%	48,6%	48,6%
		% Total	16,2%	32,4%	48,6%
		Residuos corregidos	0,0	0,0	
	REV. A 1 MES	Recuento	43	98	141
		% en Rev. a 1 mes	30,5%	69,5%	100,0%
		% en Grupo	14,6%	16,7%	16,0%
		% Total	4,9%	11,1%	16,0%
		Residuos corregidos	-0,8	0,8	

A L T U S N O C O P I L	REV. A 2 MESES	Recuento	20	56	76
		% en Rev. a 2 meses	26,3%	73,7%	100,0%
		% en Grupo	6,8%	9,5%	8,6%
		% Total	2,3%	6,3%	8,6%
		Residuos corregidos	-1,4	1,4	
	REV. A 3 MESES	Recuento	30	48	78
		% en Rev. a 3 meses	38,5%	61,5%	100,0%
		% en Grupo	10,2%	8,2%	8,8%
		% Total	3,4%	5,4%	8,8%
		Residuos corregidos	1,0	-1,0	
	REV. A 4 MESES	Recuento	14	15	29
		% en Rev. a 4 meses	48,3%	51,7%	100,0%
		% en Grupo	4,8%	2,6%	3,3%
		% Total	1,6%	1,7%	3,3%
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
	REV. A 6 MESES	Recuento	35	59	94
		% en Rev. a 6 meses	37,2%	62,8%	100,0%
		% en Grupo	11,9%	10,0%	10,7%
		% Total	4,0%	6,7%	10,7%
		Residuos corregidos	0,8	-0,8	
	REV. A 1 AÑO	Recuento	9	26	35
		% en Rev. a 1 año	25,7%	74,3%	100,0%
		% en Grupo	3,1%	4,4%	4,0%
		% Total	1,0%	2,9%	4,0%
		Residuos corregidos	-1,0	1,0	
Total		Recuento	294	588	882
		% en Tipo Consulta	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,3%	66,7%	100,0%

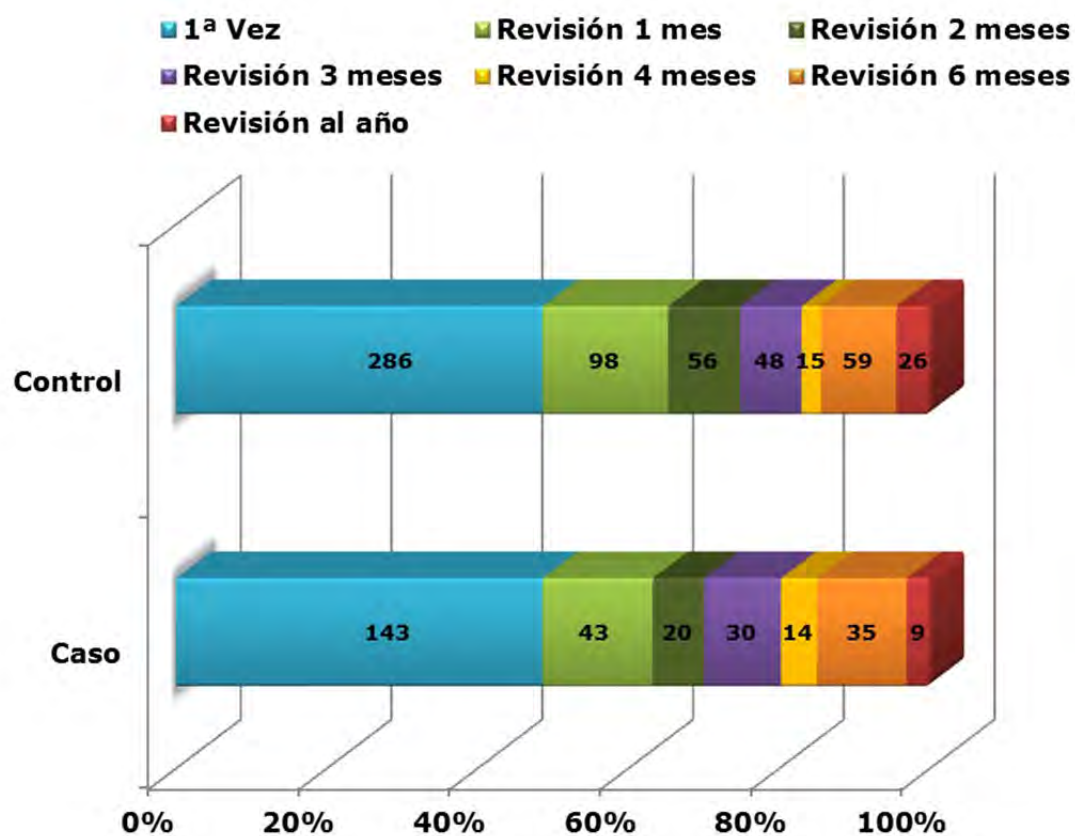


Gráfico 27.- Tipo consulta en Caso - Control.

Medio de comunicación de la cita por grupos

El estudio de la posible influencia de la forma de comunicarle la cita al paciente en el absentismo en consultas revela que no influía en ningún modo (prueba de Chi cuadrado con $p=0,408$).

Tabla 34.- Tabla contingencia. Comunicación cita * Caso - Control.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
A T I C I O N E S C O M U N I C A C I O N E S	C A R T A	Recuento	70	129	199
		% en Carta	35,2%	64,8%	100,0%
		% en Grupo	24,3%	21,9%	22,7%
		% Total	8,0%	14,7%	22,7%
		Residuos corregidos	0,8	-0,8	
	T E L E F O N O	Recuento	99	299	328
		% en Teléfono	30,2%	69,8%	100,0%
		% en Grupo	34,4%	38,9%	37,4%
		% Total	11,3%	26,1%	37,4%
		Residuos corregidos	-1,3	1,3	
	P E R S O N A L	Recuento	119	230	349
		% en Personal	34,1%	65,9%	100,0%
		% en Grupo	41,3%	39,1%	39,8%
		% Total	13,6%	26,3%	39,8%
		Residuos corregidos	0,6	-0,6	
T o t a l		Recuento	288	588	876
		% en Comunic. Cita	32,9%	67,1%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	32,9%	67,1%	100,0%

Los datos muestran que se produce una mayor notificación personal (n=349; 39,8%) con un 41,3% en los casos y un 39,1% en los controles. Aunque no presenta una diferencia muy elevada con respecto a la notificación vía telefónica (n=328; 37,4%), con un 34,4% en los casos y un 38,9% en los controles. La notificación por carta (n=199; 22,7%) es la vía de comunicación que registra un menor porcentaje, el 24,3% en el grupo de los casos y el 21,9% en los controles.

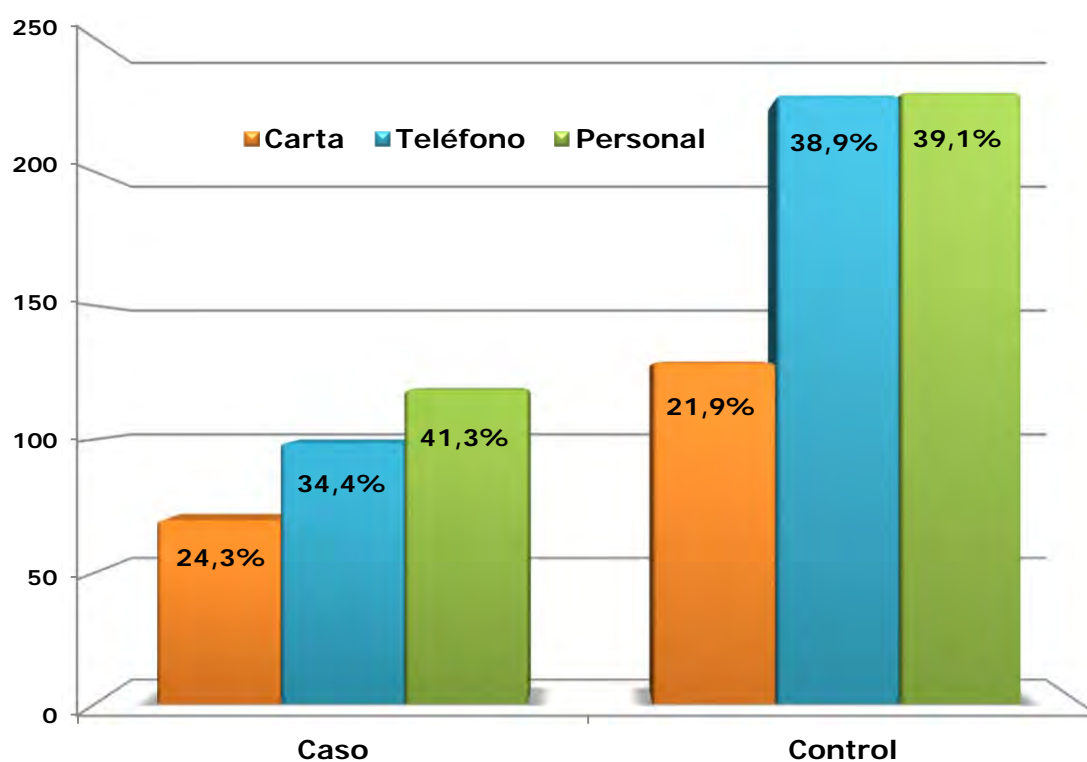


Gráfico 28.- Comunicación cita en Caso - Control.

Transporte habitual para acudir a la cita por grupos

Al analizar si el transporte para acudir a la cita influye en el absentismo en consultas observamos que no determina en ningún modo la presencialidad en la misma (prueba Chi cuadrado con $p=0,752$).

Constatamos que el medio de transporte más usado por los pacientes para acudir a sus citas médicas es el vehículo propio ($n=490$; 55,6%), lo que representa en el grupo de los casos un 57,1% ($n=168$) mientras que ese porcentaje baja ligeramente para los controles con un 54,8% ($n=322$).

En tanto que el traslado al centro de referencia a pie ($n=107$; 12,1%) constituye el medio menos usado: 12,9% ($n=38$) en el grupo de los casos y 11,7% ($n=69$) en los controles.

Los datos se muestran con más claridad tanto en la tabla como en el gráfico que se exponen a continuación:

Tabla 35.- Tabla contingencia. Transporte habitual para acudir a cita *
Caso - Control.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
TRANSPORTE HABITUAL PARA ACUDIR A CITA	A PIE	Recuento	38	69	107
		% en a Pie	35,5%	64,5%	100,0%
		% en Grupo	12,9%	11,7%	12,1%
		% Total	4,3%	7,8%	12,1%
		Residuos corregidos	0,5	-0,5	
	TRANSPORTE PUBLICO	Recuento	41	92	133
		% en Transp. Público	30,8%	69,2%	100,0%
		% en Grupo	13,9%	15,6%	15,1%
		% Total	4,6%	10,4%	15,1%
		Residuos corregidos	-0,7	0,7	
	VEHICULO PROPIO	Recuento	168	322	490
		% en Vehíc. Propio	34,3%	65,7%	100,0%
		% en Grupo	57,1%	54,8%	55,6%
		% Total	19,0%	36,5%	55,6%
		Residuos corregidos	0,7	-0,7	
	VEHICULO AMIGO O FAMILIAR	Recuento	47	105	152
		% en Vehíc. Amigo	30,9%	69,1%	100,0%
		% en Grupo	16,0%	17,9%	17,2%
		% Total	5,3%	11,9%	17,2%
		Residuos corregidos	-0,7	0,7	
Total		Recuento	294	588	882
		% en Transporte Hab	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,3%	66,7%	100,0%

■ Vehículo Amigo o Familiar ■ Vehículo Propio ■ Transporte Público ■ A Pie

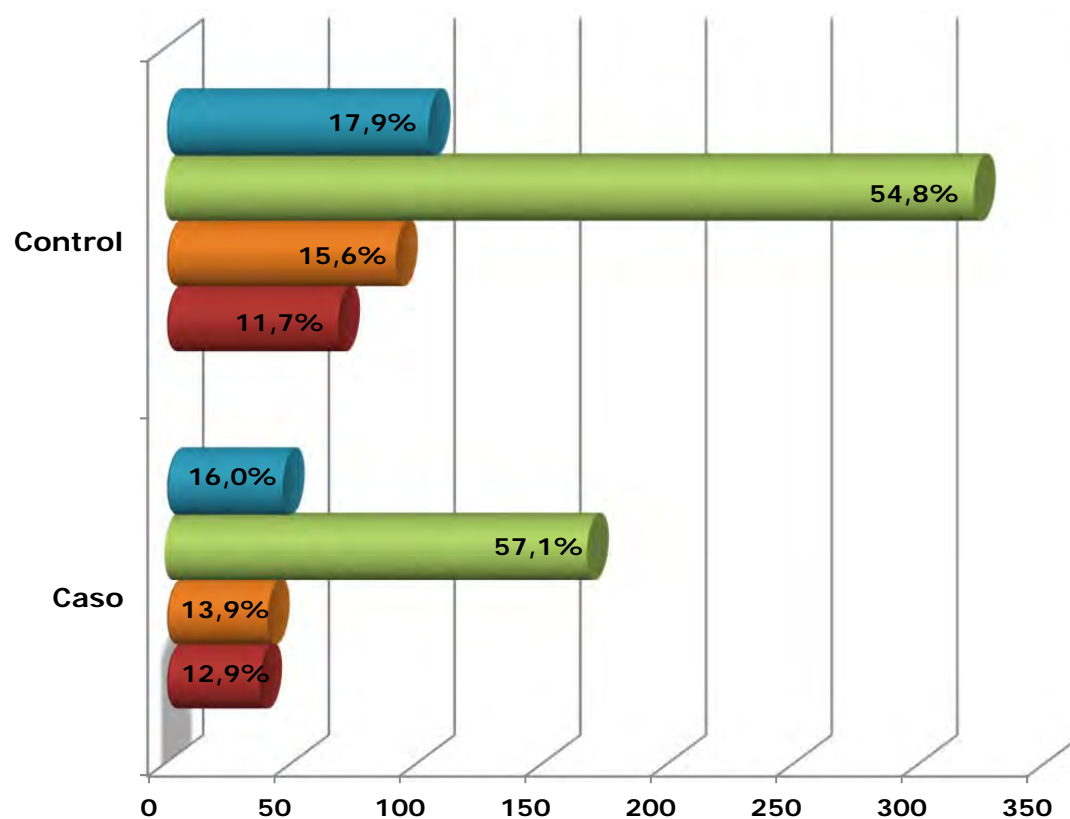


Gráfico 29.- Transporte habitual para acudir cita en Caso - Control.

Nivel de estudios por grupo

Tabla 36.- Tabla contingencia. Nivel de estudios por Caso - Control.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
S O D U T S E D T E V I N	SIN ESTUDIOS	Recuento	42	103	145
		% en Sin Estudios	29,0%	71,0%	100,0%
		% en Grupo	14,3%	17,5%	16,4%
		% Total	4,8%	11,7%	16,4%
		Residuos corregidos	-1,2	1,2	
	PRIMARIOS	Recuento	113	221	334
		% en Primarios	33,8%	69,62%	100,0%
		% en Grupo	38,4%	37,6%	37,9%
		% Total	12,8%	25,1%	37,9%
		Residuos corregidos	0,2	-0,2	
	SECUNDARIOS	Recuento	99	174	273
		% en Secundarios	36,3%	63,7%	100,0%
		% en Grupo	33,7%	29,6%	31,0%
		% Total	11,2%	19,7%	31,0%
		Residuos corregidos	1,2	-1,2	
	UNIVERSITARIOS	Recuento	40	90	130
		% en Universitarios	30,8%	69,2%	100,0%
		% en Grupo	13,6%	15,3%	14,7%
		% Total	5,3%	11,9%	14,7%
		Residuos corregidos	-0,7	0,7	
Total		Recuento	294	588	882
		% en Nivel Estudios	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,3%	66,7%	100,0%

No se detectaron diferencias en el nivel de estudios entre ambos grupos (prueba de Chi cuadrado con $p=0,437$), mostrando el grupo mayoritario estudios primarios con un 38,4% ($n=113$) de los casos y un 37,6% ($n=221$) de los controles, frente al 13,6% ($n=40$) y 15,3% ($n=90$) correspondiente a Estudios Universitarios.

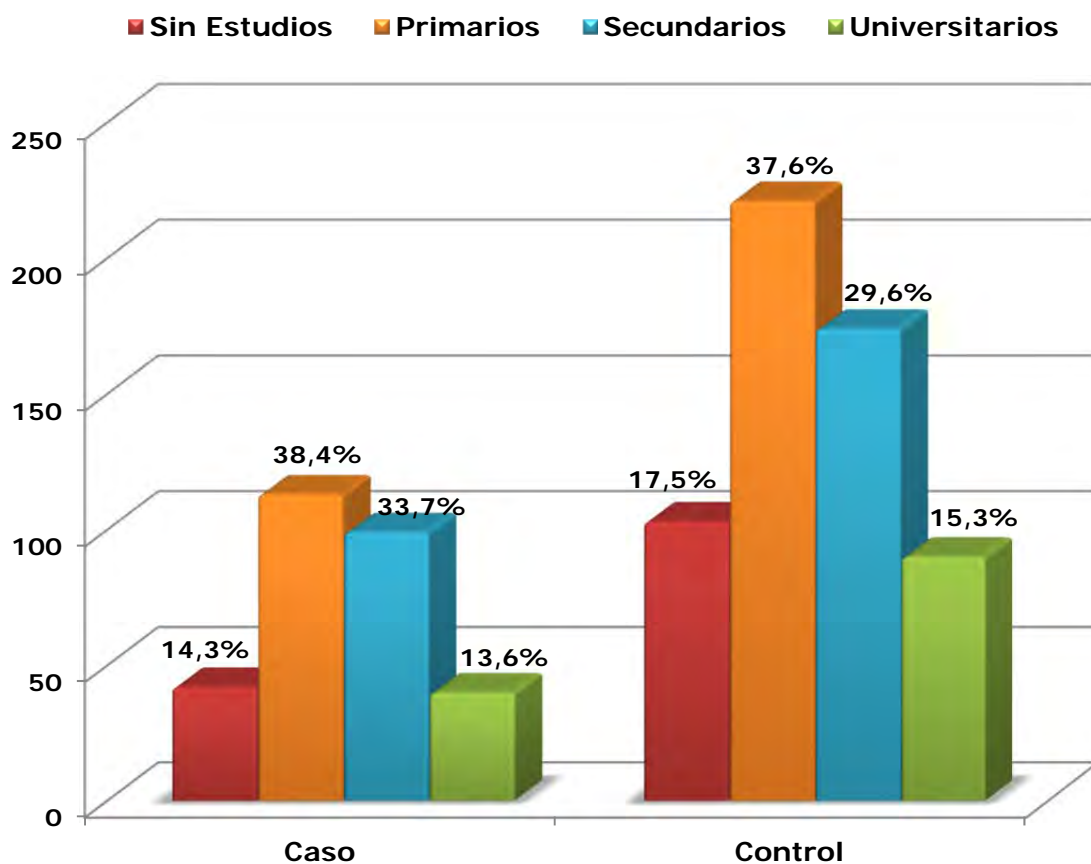


Gráfico 30.- Nivel de estudios en Caso - Control.

Percepción de salud por grupo

Al analizar si el nivel de percepción de salud influye en el absentismo en consultas observamos que no hay diferencias ($p=0,538$).

Tabla 37.- Tabla contingencia. Percepción de salud * Caso - Control.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
P E R C E P C I O N S A L U D	MALA O MUY MALA	Recuento	25	39	64
		% en Muy Mala	39,1%	60,9%	100,0%
		% en Grupo	8,5%	6,6%	7,3%
		% Total	2,8%	4,4%	7,3%
		Residuos corregidos	1,0	-1,0	
	REGULAR	Recuento	92	180	272
		% en Regular	33,8%	66,2%	100,0%
		% en Grupo	31,4%	30,6%	30,9%
		% Total	10,4%	20,4%	30,9%
		Residuos corregidos	0,2	-0,2	
	BUENO O MUY BUENA	Recuento	176	369	545
		% en Buena	32,3%	67,7%	100,0%
		% en Grupo	60,1%	62,8%	61,9%
		% Total	20,0%	41,9%	61,9%
		Residuos corregidos	-0,8	0,8	
Total		Recuento	293	588	881
		% en Perc. Salud	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,3%	66,7%	100,0%

De los pacientes encuestados tan solo el 8,5% (n=25) de los casos y el 6,6% (n=39) de los controles perciben que su estado de salud en el momento de la entrevista es Malo o Muy malo, frente al 60,1% (n=176) de los casos y 62,8% (n=369) de los controles que la perciben como Buena o Muy Buena.

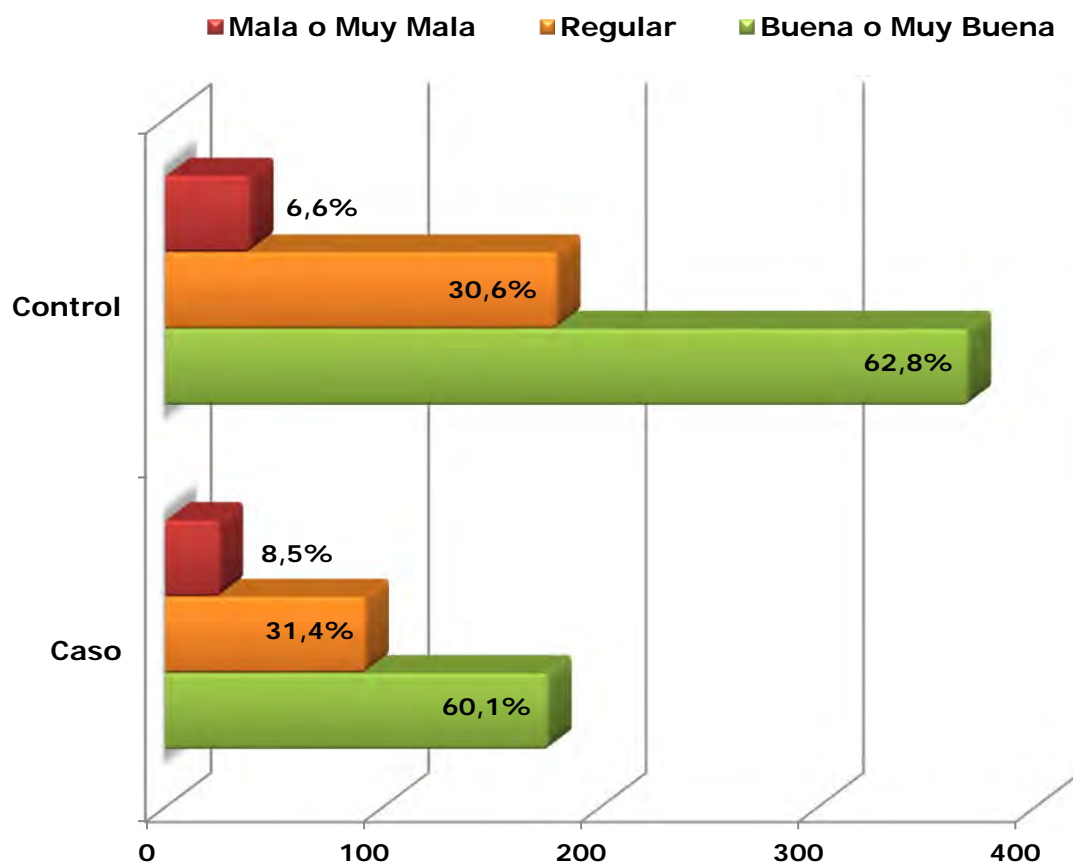


Gráfico 31.- Percepción de salud en Caso - Control.

Percepción del tipo de atención que necesita por grupos

Tampoco se hallaron diferencias en el grado de percepción del tipo de atención que estimaban necesaria para su caso (prueba de Chi cuadrado con $p=0,663$).

Tabla 38.- Tabla contingencia. Tipo de atención que necesita * Caso - Control.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
TIPO ATENCION NECESITA	NORMAL	Recuento	232	451	683
		% en Normal	34,0%	66,0%	100,0%
		% en Grupo	78,9%	76,8%	77,5%
		% Total	26,3%	51,2%	77,5%
		Residuos corregidos	0,7	-0,7	
	PREFERENTE	Recuento	45	104	149
		% en Preferente	30,2%	69,8%	100,0%
		% en Grupo	15,3%	17,7%	16,9%
		% Total	5,1%	11,8%	16,9%
		Residuos corregidos	-0,9	0,9	
	URGENTE	Recuento	17	32	49
		% en Urgente	34,7%	65,3%	100,0%
		% en Grupo	5,8%	5,5%	5,6%
		% Total	1,9%	3,6%	5,6%
		Residuos corregidos	0,2	-0,2	
Total		Recuento	294	587	881
		% en Tipo atención	33,4%	66,6%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,4%	66,6%	100,0%

Los pacientes encuestados estiman mayoritariamente que la prioridad de su cita es normal, con un 78,9% (n=232) de los casos y un 76,8% (n=451) de los controles, lo que significa que en su opinión pueden esperar hasta 60 días para la visita médica. Tan solo 17 pacientes caso (1,9%) y 32 pacientes control (3,6%) del total de pacientes encuestados (n=881) manifestaron la necesidad de una atención urgente para su proceso de salud.

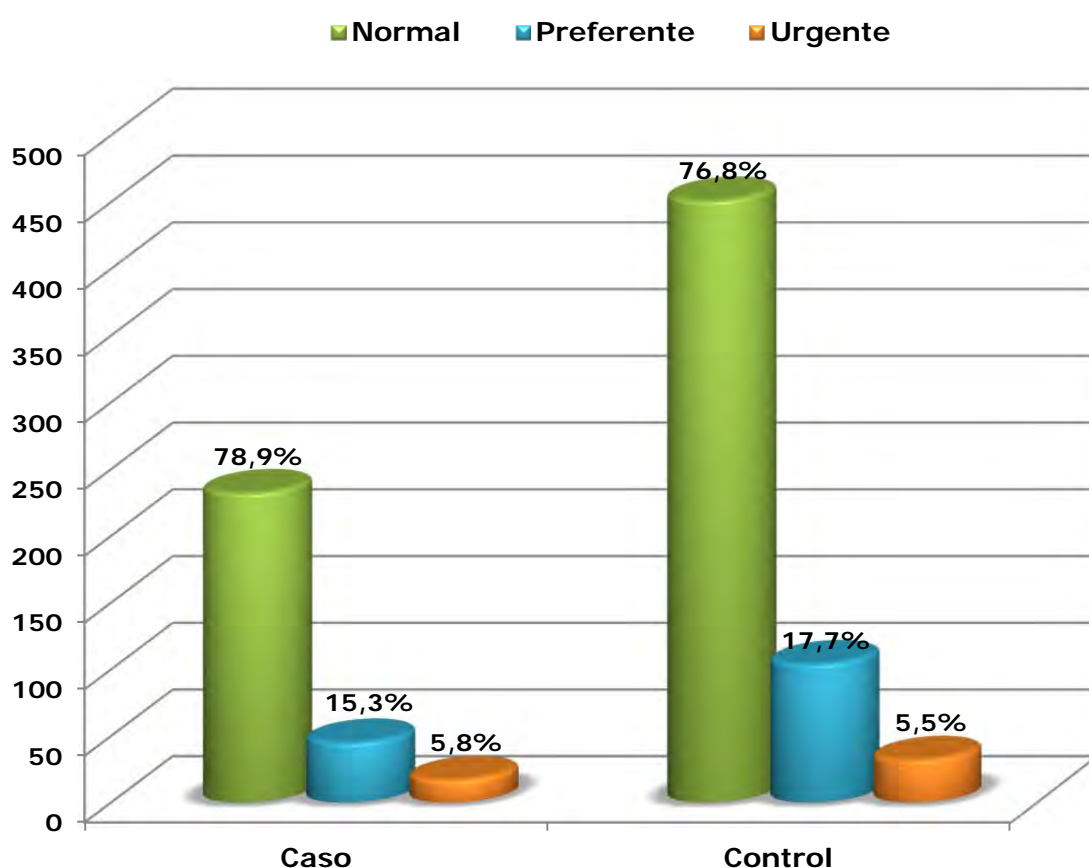


Gráfico 32.- Tipo de atención que necesita en Caso - Control.

Presencia de más de dos enfermedades diagnosticadas por grupos

No había diferencias en la presencia de multimorbilidad entre ambos grupos ($p=0,070$). El 60,1% ($n=176$) de los casos no presentan más de dos enfermedades, porcentaje 5,5 puntos inferior en los controles; siendo por tanto superior el dato de los pacientes que sí poseen más de dos enfermedades en los controles (45,4%; $n=267$) con respecto a los casos (39,9%; $n=117$).

Tabla 39.- Tabla contingencia. Más de dos enfermedades diagnosticadas *
Caso - Control.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
MAS DE DOS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS	ON	Recuento	176	321	497
		% en No	35,4%	64,6%	100,0%
		% en Grupo	60,1%	54,6%	56,4%
		% Total	20,0%	36,4%	56,4%
		Residuos corregidos	1,5	-1,5	
	IS	Recuento	117	267	384
		% en Sí	30,5%	69,5%	100,0%
		% en Grupo	39,9%	45,4%	43,6%
		% Total	13,3%	30,3%	43,6%
		Residuos corregidos	-1,5	1,5	
Total		Recuento	293	588	881
		% en Enfermedades	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,3%	66,7%	100,0%

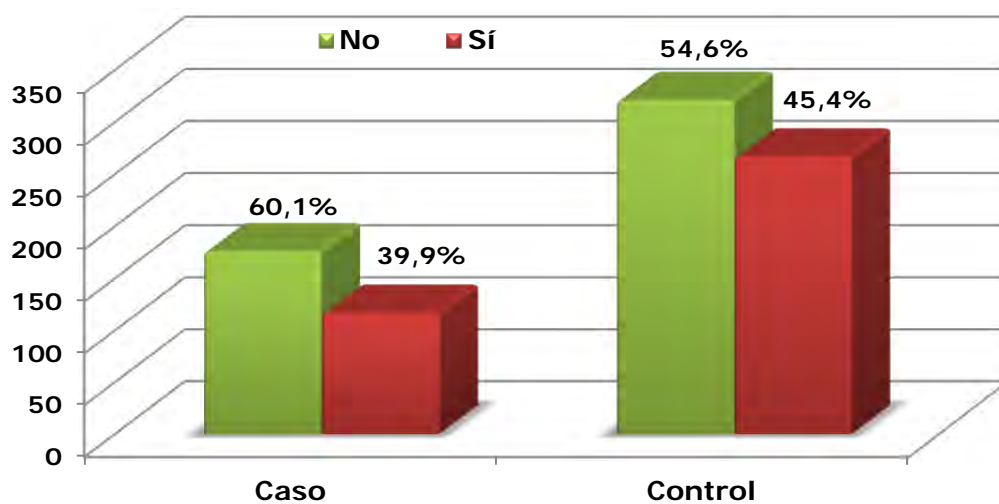


Gráfico 33.- Más de dos enfermedades diagnosticadas en Caso - Control.

Clase social por grupos

El estudio de la posible influencia de la clase social del paciente en el absentismo en consultas pone de manifiesto que no es significativa (prueba de Chi cuadrado con $p=0,210$).

Tabla 40.- Tabla contingencia. Clase social * Caso - Control.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
T A L C O S E S A L C	JUBILADO, AMA DE CASA, ESTUDIANTE O DESEMPLEADO	Recuento	159	351	510
		% en Clase Social	31,2%	68,8%	100,0%
		% en Grupo	54,1%	59,7%	57,8%
		% Total	18,0%	39,8%	57,8%
		Residuos corregidos	-1,6	1,6	
	ASALARIADO O AUTONOMO	Recuento	135	236	371
		% en Clase Social	36,4%	63,6%	100,0%
		% en Grupo	45,9%	40,1%	42,1%
		% Total	5,1%	11,8%	42,1%
		Residuos corregidos	1,6	-1,6	
	GERENTE O EMPRESARIO	Recuento	0	1	1
		% en Clase Social	0,0%	100,0%	100,0%
		% en Grupo	0,0%	0,2%	0,1%
		% Total	0,0%	0,1%	0,1%
		Residuos corregidos	-0,7	0,7	
Total		Recuento	294	588	882
		% en Clase Social	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,3%	66,7%	100,0%

Analizando los datos reagrupados por nivel de ingresos podemos observar que el número de sujetos pertenecientes al estrato de ingresos inferiores o no remunerado es superior en el grupo control (59,7%; n=351), que en el grupo de los casos (54,1%; n=159).

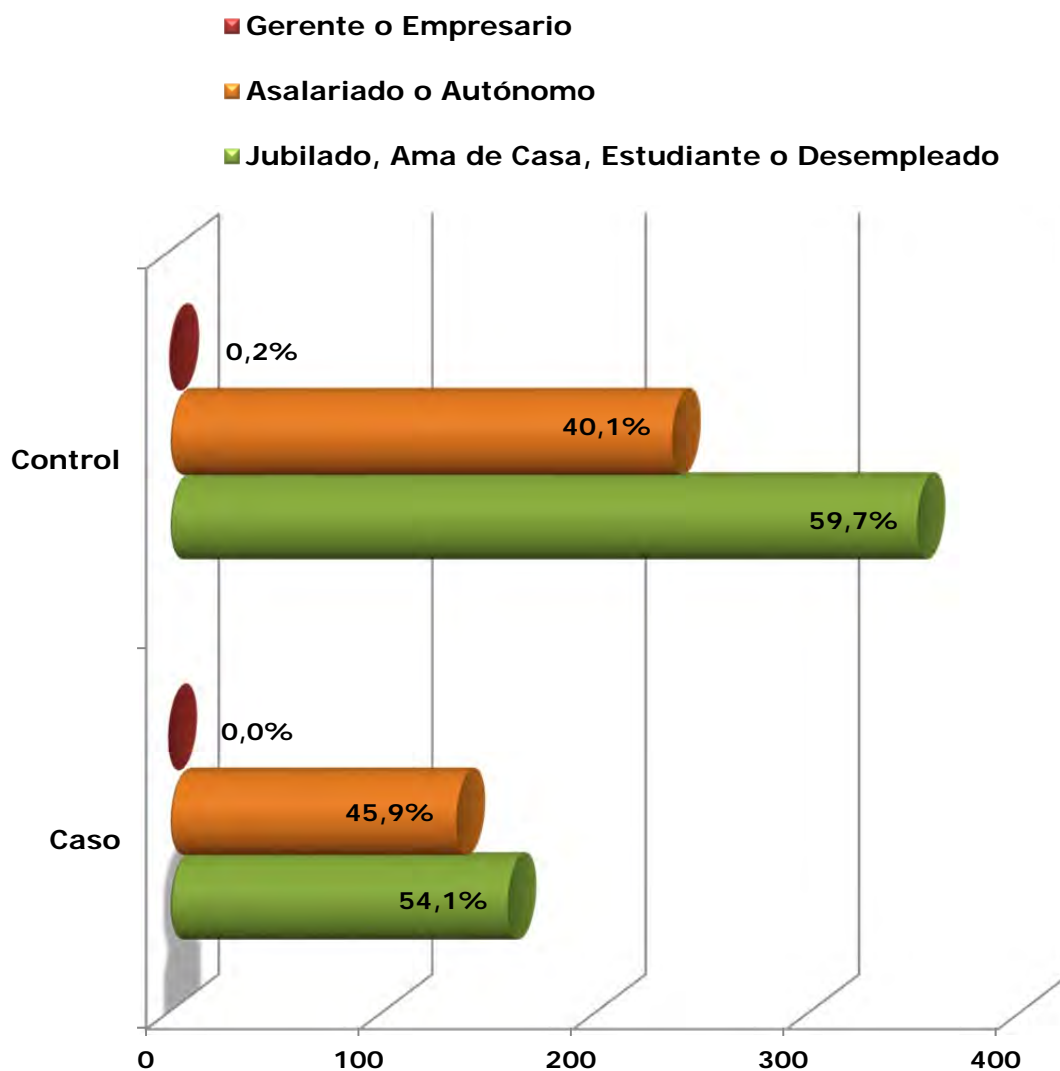


Gráfico 34.- Clase social en Caso - Control.

Baja laboral por grupos

Al analizar si la baja laboral influye en el absentismo en consultas observamos que se encuentra en el límite de la significación estadística (según estadístico exacto de Fisher con una sig. exacta unilateral $p=0,066$): el 97,6% ($n=287$) de los pacientes caso y el 95,1% ($n=558$) no se encontraban en situación de baja laboral en el momento de la realización de la encuesta.

Tabla 41.- Tabla contingencia. ¿Baja laboral? * Caso - Control.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
B A J A L A B O R A L	ON	Recuento	287	558	845
		% en No	34,0%	66,0%	100,0%
		% en Grupo	97,6%	95,1%	95,9%
		% Total	32,6%	63,3%	95,9%
		Residuos corregidos	1,8	-1,8	
	IS	Recuento	7	29	36
		% en Sí	19,4%	80,6%	100,0%
		% en Grupo	2,4%	4,9%	4,1%
		% Total	0,8%	3,3%	4,1%
		Residuos corregidos	-1,8	1,8	
Total		Recuento	294	587	881
		% en Baja Laboral	33,4%	66,6%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,4%	66,6%	100,0%

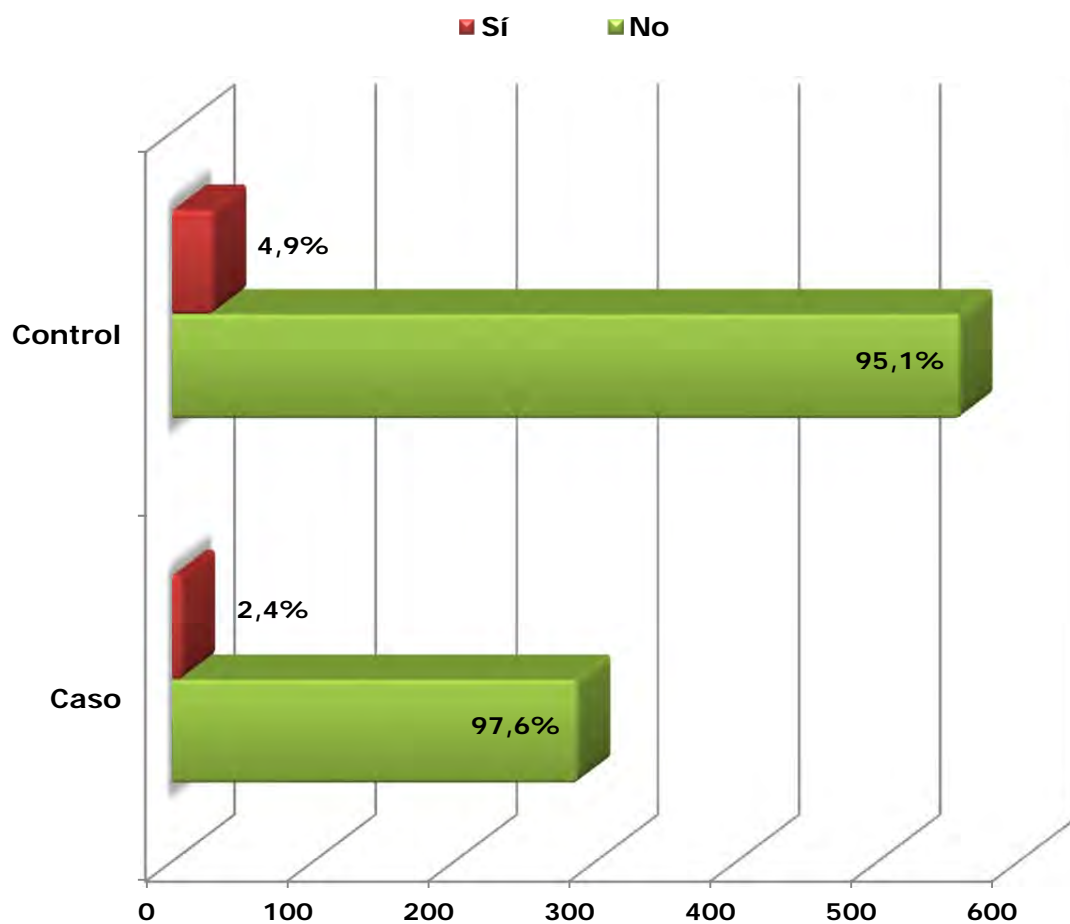


Gráfico 35.- Baja laboral por grupos.

Familiares a cargo por grupos

Los datos muestran cómo tener familiares a cargo marca diferencias entre el grupo de casos y controles, siendo mayor en los pacientes que faltan a consultas ($p=0,050$).

Tabla 42.- Diferencias en familiares a cargo por grupos.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
FAMILIARES A CARGO	ON	Recuento	146	328	474
		% en No	30,8%	69,2%	100,0%
		% en Grupo	49,7%	55,8%	53,7%
		% Total	16,6%	37,2%	53,7%
		Residuos corregidos	-1,7	1,7	
	IS	Recuento	148	260	408
		% en Sí	36,3%	63,7%	100,0%
		% en Grupo	50,3%	44,2%	46,3%
		% Total	16,8%	29,5%	46,3%
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
Total	Recuento	294	588	882	
	% en Familiares Cargo	33,3%	66,7%	100,0%	
	% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	33,3%	66,7%	100,0%	

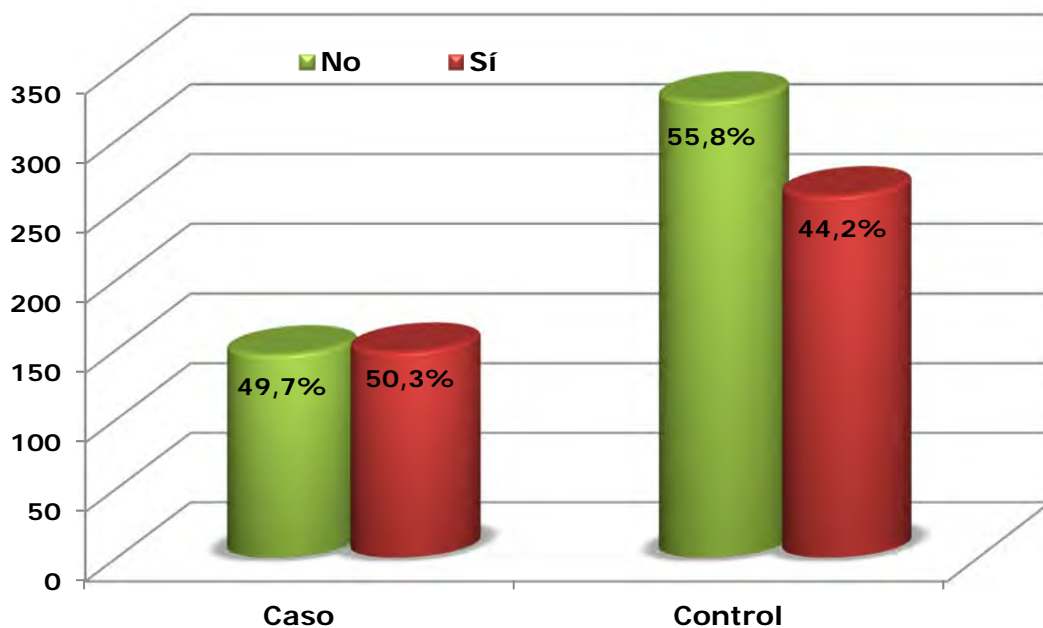


Gráfico 36.- Familiares a cargo por grupos.

El tipo de carga familiar no mostró diferencias en cuanto al absentismo en consultas ($p=0,201$), siendo el cuidado de hijos el tipo de carga familiar más habitual tanto en los casos con un 93,9% ($n=139$), como en los controles con un 88,5% ($n=231$).

Tabla 43.- Tipo de carga familiar por grupos.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
T I P O C A R G A F A M I L I A R	HIJOS	Recuento	139	231	370
		% en Hijos	37,6%	62,4%	100,0%
		% en Grupo	93,9%	88,5%	90,5%
		% Total	34,0%	56,5%	90,5%
		Residuos corregidos	1,8	-1,8	
	PERSONAS MAYORES	Recuento	7	23	30
		% en P. Mayores	23,3%	76,7%	100,0%
		% en Grupo	4,7%	8,8%	7,3%
		% Total	1,7%	5,6%	7,3%
		Residuos corregidos	-1,5	1,5	
	PERSONAS DEPENDIENTES	Recuento	2	7	9
		% en P. Dependientes	22,2%	77,8%	100,0%
		% en Grupo	1,4%	2,7%	2,2%
		% Total	0,5%	1,7%	2,2%
		Residuos corregidos	-0,9	0,9	
	Total	Recuento	148	261	409
		% en Tipo Carga Fam.	36,2%	63,8%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	36,2%	63,8%	100,0%

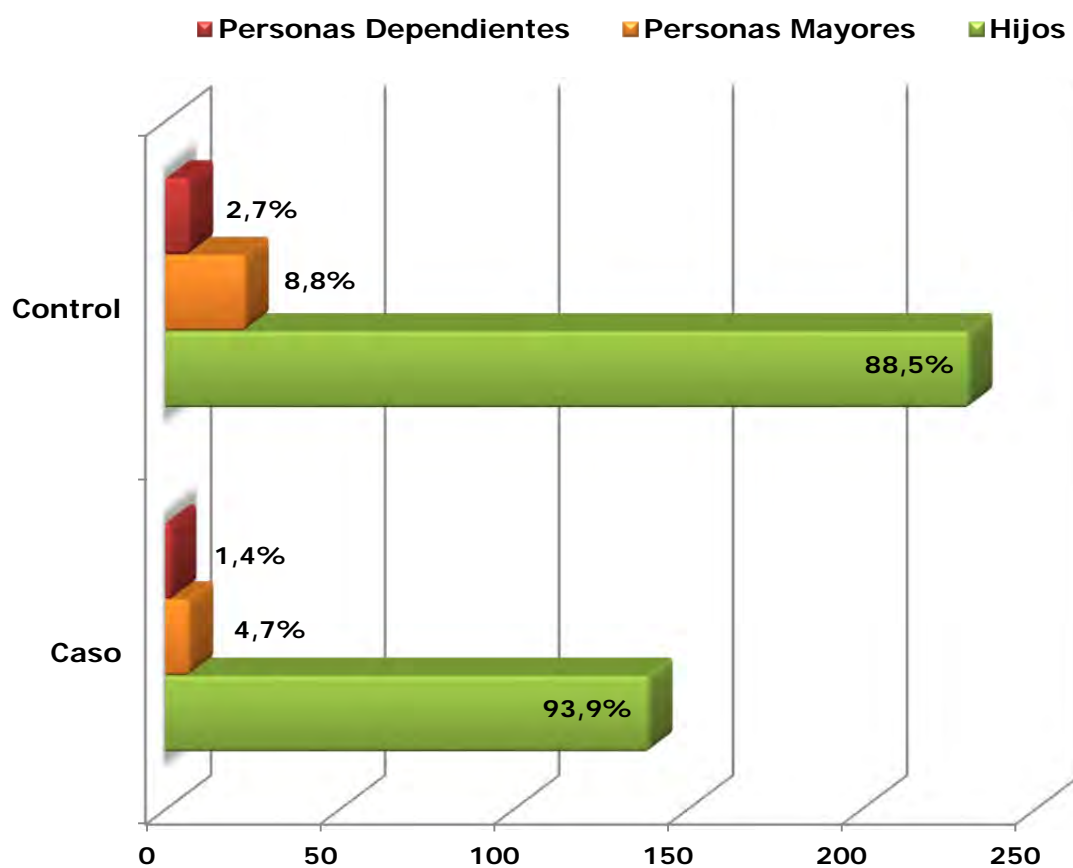


Gráfico 37.- Tipo de carga familiar en Caso - Control.

Nivel de dependencia por grupo

El estudio de la posible influencia del nivel de dependencia del paciente en el absentismo en consultas pone de manifiesto que no es significativa ($p=0,300$). En ambos grupos la mayoría de los pacientes eran independientes en el momento de la realización de la encuesta, tanto los casos (88,1%; $n=258$) como los controles (87,2%; $n=512$).

Tabla 44.- Nivel de dependencia por grupos.

			Grupo		Total
			Caso	Control	
N I V E L D E D E P E N D I C I A	TOTAL	Recuento	0	3	3
		% en Total	0,0%	100,0%	100,0%
		% en Grupo	0,0%	0,5%	0,3%
		% Total	0,0%	0,3%	0,3%
		Residuos corregidos	-1,2	1,2	
	SEVERA	Recuento	2	2	4
		% en Severa	50,0%%	50,0%	100,0%
		% en Grupo	0,7%	0,3%	0,5%
		% Total	0,2%	0,2%	0,5%
		Residuos corregidos	0,7	-0,7	
	MODERADA	Recuento	15	20	35
		% en Moderada	42,9%	57,1%	100,0%
		% en Grupo	5,1%	3,4%	4,0%
		% Total	1,7%	2,3%	4,0%
		Residuos corregidos	1,2	-1,2	
	ESCASA	Recuento	18	50	68
		% en Escasa	26,5%	73,5%	100,0%
		% en Grupo	6,1%	8,5%	7,7%
		% Total	2,0%	5,7%	7,7%
		Residuos corregidos	-1,2	1,2	

	INDEPENDIENTE	Recuento	258	512	770
		% en Independiente	33,5%	66,5%	100,0%
		% en Grupo	88,1%	87,2%	87,5%
		% Total	29,3%	58,2%	87,5%
		Residuos corregidos	0,4	-0,4	
Total		Recuento	293	587	880
		% en Nivel Depend.	33,3%	66,7%	100,0%
		% en Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	33,3%	66,7%	100,0%

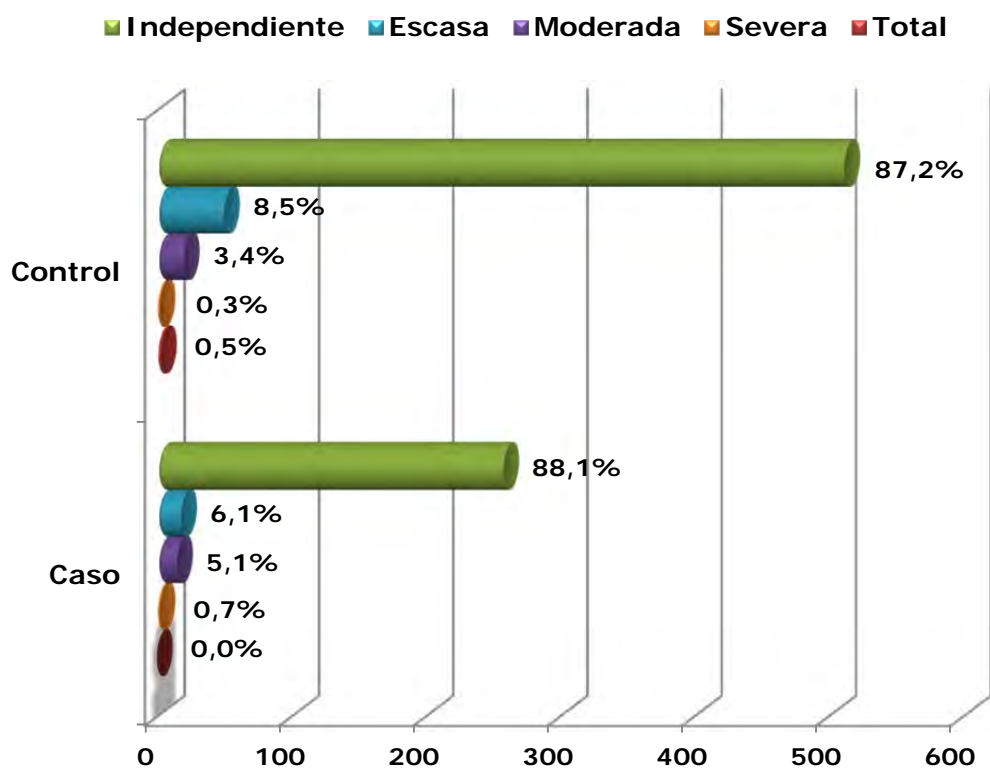


Gráfico 38.- Nivel de dependencia en Caso - Control.

7.3 Análisis multivariante

Se diseñó un modelo de regresión logística multivariante, tomando como variable dependiente la presencia o ausencia de absentismo a las consultas y como predictoras, aquellas que en el análisis bivariante habían mostrado algún indicio de influencia o asociación.

El modelo final, presentó un ajuste adecuado (prueba de Hosmer-Lemeshow, $p=0,151$), con una clasificación adecuada del 68,3%. El modelo mostró cómo la demora en la cita actuaba como factor protector en el caso de que ésta fuera menor, que la edad se asocia inversamente al absentismo en consultas y que la frecuentación habitual a consultas en el último año actúa también como factor protector del absentismo a consultas. El sexo se encuentra en el límite de la significación ($p=0,059$); al igual que estar de baja laboral, aunque ésta con menor significación ($p=0,066$).

Tabla 45.- Análisis multivariante. Absentismo en Consultas.

	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Edad	0,015	0,001	1,015	1,006	1,024
Sexo (1=Hombre)	-0,285	0,059	0,752	0,560	1,010
Demora Cita	-0,005	0,019	0,995	0,991	0,999
Baja Laboral (1=Sí)	0,801	0,066	2,228	0,949	5,227
Acude Consultas	0,052	0,010	1,053	1,013	1,096
Constante	-0,127	0,603	0,880		
Codificación de variable dependiente: absentismo 0, no absentismo 1					
POTENCIA ESTADÍSTICA PARA LA OR DE EDAD, DEMORA EN LA CITA Y FRECUENTACIÓN CONSULTAS: 99.7%					

7.4 Análisis económico

Costes totales

El análisis de costes totales por centro conforme a la tasa de inasistencia de cada uno de los centros de la Agencia Sanitaria y el coste unitario global mostró cómo el coste total imputado al absentismo en la ASCS ascendió a 3.386.919 euros para una tasa de inasistencia del 13,8%, representando un 14% del total del global de las consultas de la agencia (400.761 citas).

Tabla 46.- Costes totales por centros.

	<i>Media (DE)</i>	<i>Nº Citas</i>	<i>Coste (€)</i>	<i>Nº Citas No Acude</i>	<i>% Citas No Vistas</i>	<i>Coste (€) Citas No Acude</i>	<i>% Coste (€) No Acude</i>
HCS Marbella	65,55 (25,11)	256.377	17.137.620	36.355	14,18	2.475.640,29	14,45
HAR Benalmádena	103,50 (40,06)	44.848	4.163.420	5.468	12,19	515.936,06	12,39
CARE Mijas	31,77 (10,28)	99.536	2.895.084	13.426	13,49	395.342,49	13,66
Total		400.761	24.196.124	55.249	13,79	3.386.919	14,00

Por centros, podemos observar como el coste medio del CARE de Mijas cuya cifra asciende a 31,77 euros (DE=10,28) es mucho menor que el de los otros dos centros de la ASCS, representando el 30,69% con respecto a las cifras del HAR de Benalmádena 103,50 euros (DE=25,11) y el 48,46% en referencia al HCS de Marbella 65,45 euros (DE=25,11).

De este modo, el coste global de los pacientes que no acuden a sus citas en el Hospital Costa del Sol es 4,8 veces superior que el que presentaron en el HAR de Benalmádena y 6,6 veces mayor a la cifra

del CARE de Mijas, en tanto que el número total de pacientes que no acudieron a su cita en el HCS fue 6,6 veces superior que los pacientes que no asistieron a sus citas en el HAR de Benalmádena y tan solo 2,7 veces mayor que los que no acudieron en el CARE de Mijas.

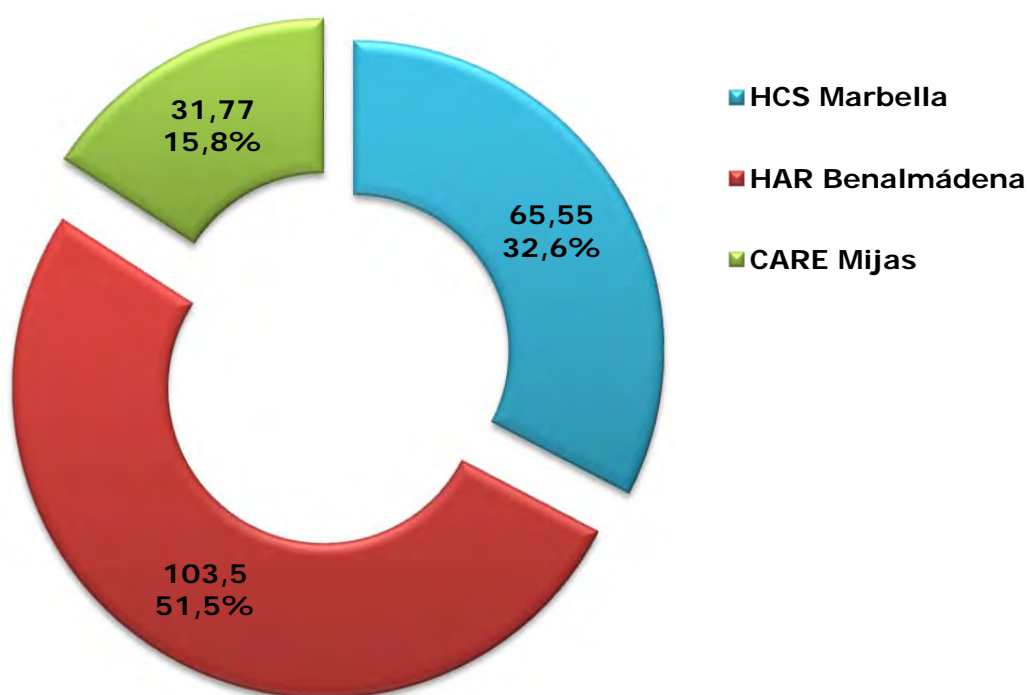


Gráfico 39.- Costes medios totales por centro.

Costes por centro según grupos

En relación a los costes por centro, el análisis de los datos presenta diferencias significativas entre casos y controles en los tres centros:

Tabla 47.- Coste medio unitario por centro y grupo.

	<i>Casos</i>	<i>Controles</i>	<i>p</i>
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	
HCS Marbella	98,47 (55,12)	65,55 (25,13)	<0,001
HAR Benalmádena	165,55 (82,64)	103,50 (40,09)	<0,001
CARE Mijas	52,43 (23,49)	31,77 (10,29)	<0,001

El coste medio más bajo se obtuvo en el CARE de Mijas. Así mismo, los costes medios son mayores en los tres centros en el grupo de casos que en el grupo de controles.

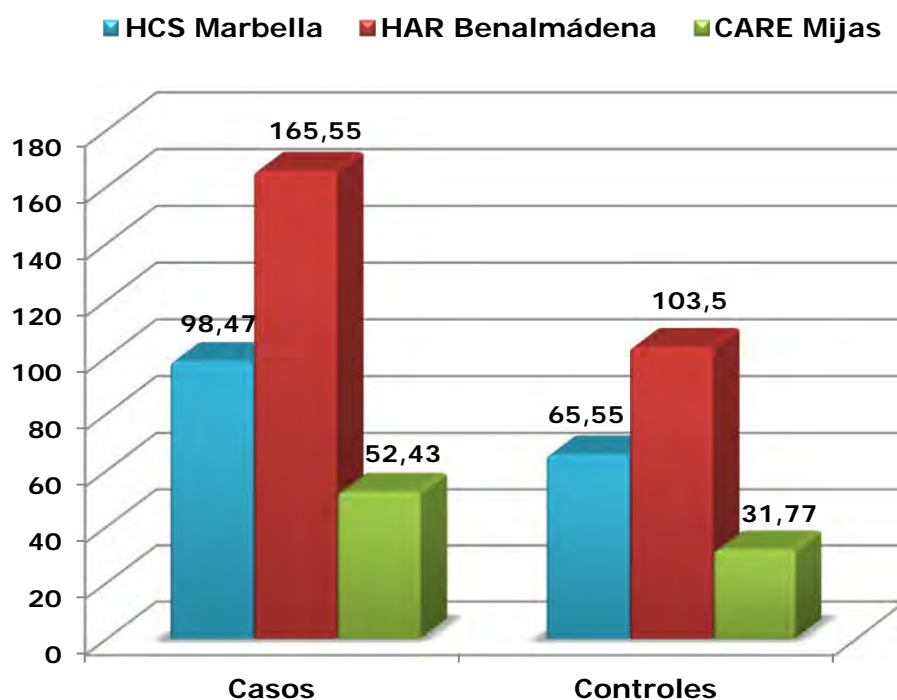


Gráfico 40.- Costes medios centro por grupo.

Teniendo en cuenta que en nuestra muestra un 57,8% de los pacientes obtuvo una nueva cita, el sobre coste medio que esto supuso fue de 12,95 € por cita. Si se extrapolan estos datos al total de citas fallidas en 2013 en la ASCS, el coste total de asignar nuevas citas ascendería a 413.544 €.

Costes por especialidad

En referencia a los costes por especialidad se han analizado los costes unitarios globales y los costes con re-cita en el grupo de los casos. Así, el 57,8% (n=170) de los pacientes que no acudieron a su cita médica programada, solicitaron una nueva cita por el mismo motivo, lo que supuso un incremento de coste adicional en la mayoría de especialidades:

Tabla 48.- Análisis económico. Costes por especialidades.

ESPECIALIDAD	Coste Unitario	GLOBAL			CASOS	CONTROLES	p
	Coste Recita	N	\bar{X} (DE)	Me (RIC)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	
Anestesia	Coste Unitario	27	44,38 (8,55)	38,45 (17,79)			
	Coste Recita	5	91,13 (19,49)		69,69 (29,42)	44,38 (8,63)	0,016
Cardiología	Coste Unitario	81	73,57 (40,81)	61,28 (96,01)			
	Coste Recita	15	158,90 (91,22)		117,71 (85,01)	73,57 (40,94)	0,052
Cirugía	Coste Unitario	84	70,51 (33,33)	58,35 (77,83)			
	Coste Recita	19	141,63 (66,67)		118,56 (67,27)	70,51 (33,42)	0,001
Dermatología	Coste Unitario	42	34,18 (9,10)	26,39 (18,17)			
	Coste Recita	8	61,87 (16,82)		51,85 (18,17)	34,18 (9,16)	<0,001
Digestivo	Coste Unitario	75	134,18 (66,54)	107,85 (149,6)			
	Coste Recita	17	247,94 (131,4)		218,48(121,93)	134,18 (66,76)	<0,001
Ginecología	Coste Unitario	63	70,01 (19,73)	88,17 (32,81)			
	Coste Recita	16	144,30 (38,41)		124,98 (49,70)	70,01 (19,81)	<0,001

Medicina Interna	Coste Unitario	72	87,65 (29,12)	105,19 (63,82)			
	Coste Recita	12	165,59 (63,52)		129,05 (60,74)	87,65 (29,22)	0,070
Neumología	Coste Unitario	72	62,09 (23,23)	56,94 (53,16)			
	Coste Recita	16	123,56 (49,58)		103,27 (51,15)	62,08 (23,31)	0,001
Oftalmología	Coste Unitario	48	40,91 (10,76)	40,91 (21,29)			
	Coste Recita	6	74,71 (21,99)		54,91 (22,01)	40,91 (10,82)	0,007
Otorrino	Coste Unitario	78	55,46 (20,11)	59,11 (46,26)			
	Coste Recita	13	110,92 (41,58)		83,19 (42,86)	55,46 (20,17)	0,032
Rehabilitación	Coste Unitario	36	76,57 (50,72)	76,57 (100,0)			
	Coste Recita	8	128,12 (103,5)		119,27 (87,61)	76,57 (51,09)	0,086
Tocología	Coste Unitario	63	53,43 (24,87)	39,29 (54,54)			
	Coste Recita	8	110,99 (54,31)		74,57 (47,63)	53,43 (24,97)	0,158
Traumatología	Coste Unitario	81	49,98 (21,58)	59,23 (49,70)			
	Coste Recita	15	96,73 (45,92)		76,85 (42,88)	49,98 (21,64)	0,019
Urología	Coste Unitario	48	43,66 (18,80)	43,66 (37,20)			
	Coste Recita	12	74,92 (36,63)		71,76 (31,88)	43,66 (18,88)	0,026

Los datos nos muestran que las especialidades que presentan un mayor coste medio unitario global son en primer lugar *Digestivo* cuyo coste medio unitario global asciende a 134,18€ (DE=66,54), seguido de *Medicina Interna* con 87,65€ (DE=63,52) y a continuación *Rehabilitación* con 76,57€ (DE=50,72) y *Cardiología* con un coste ligeramente inferior 73,57€ (DE=40,81).

Y por el contrario entre las especialidades que presentan un coste unitario global menor destacan *Dermatología* que presenta el coste unitario global más bajo con 34,18€ (DE=9,10), seguida de *Oftalmología* cuyo coste arroja la cifra de 40,91€ (DE=10,76) y a continuación *Urología* con 43,66€ (DE=18,80) y *Anestesia* con un coste ligeramente superior 44,38€ (DE=8,55).

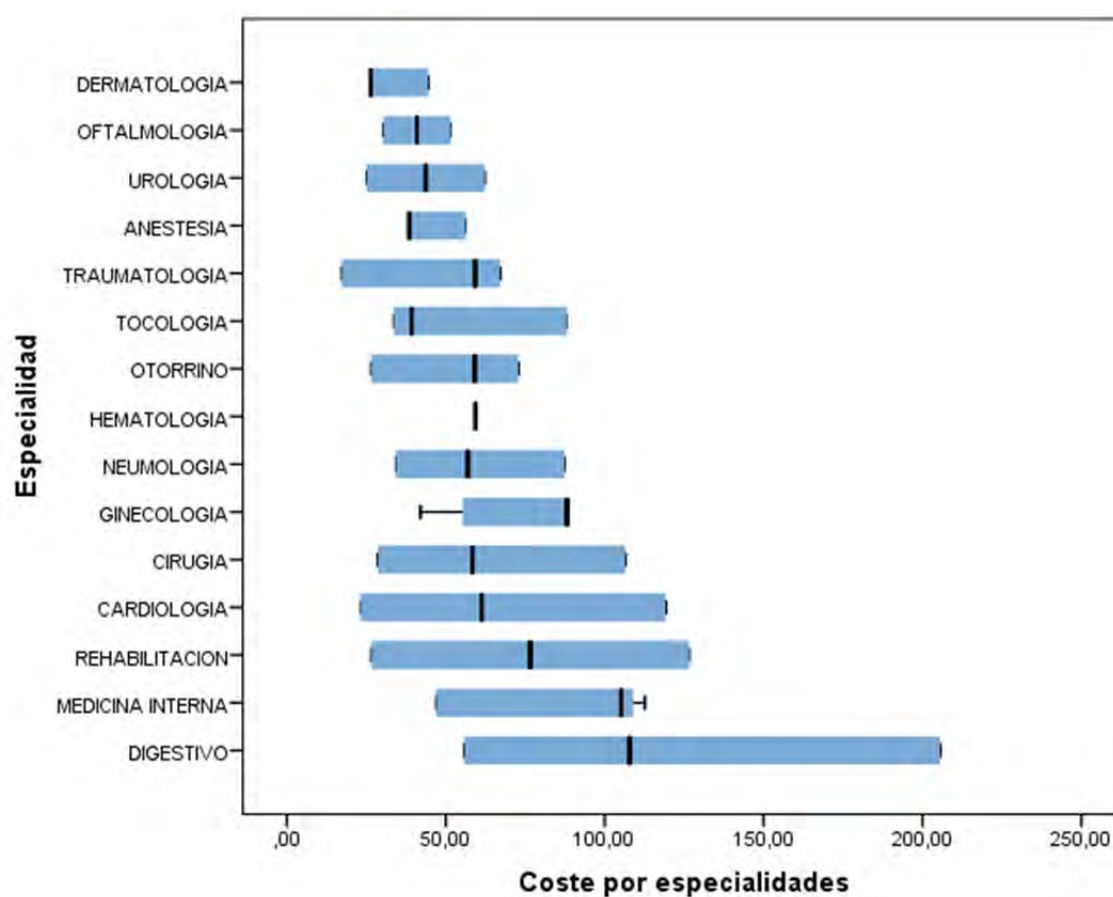


Gráfico 41.- Costes por especialidades.

Costes por sexo y edad

En el análisis por centro se identificó que tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres, el coste unitario con re-cita fue significativamente mayor en los casos que en los controles, siendo la media en hombres del 108,84 (DE=77,18) y en mujeres algo inferior, 103,10 (DE=73,42) y presentando significación estadística en ambos grupos ($p < 0,001$).

Así mismo los datos muestran que no hubo asociación entre la edad y los costes, en relación al coste unitario con recita.

Costes por frecuentación

En referencia a la frecuentación tanto de urgencias, como de consultas externas, el grupo de los casos presentó una correlación positiva, aunque débil, en ambos grupos, 0,13 ($p=0,25$) en el primero y 0,12 ($p=0,27$) en el segundo.

En tanto que en el grupo de controles los datos muestran una correlación positiva mucho menor y tan solo en relación a la frecuentación a urgencias, 0,095 ($p=0,22$) lo que podemos considerar prácticamente despreciable.

8. DISCUSIÓN

8.1 Objetivo general

Identificar los factores que influyen en el cumplimiento de las citas de Consultas Externas en la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

La Agencia Sanitaria Costa del Sol presentó en 2012 (Informe Unidad de Evaluación, 2013) una tasa de inasistencia del 13,9%, que por centros fue 14,4% en el Hospital Costa del Sol (HCS) de Marbella, 12% Hospital de Alta Resolución (HAR) de Benalmádena y 13,9% Centro de Alta Resolución de Especialidades (CARE) de Mijas, datos que se encuentran enmarcados dentro de la media nacional y muy por debajo de algunas de las referencias internacionales citadas anteriormente. Este problema, no es nuevo y afecta a los sistemas sanitarios de todo el mundo (Carrillo, J., 2012).

Diversos estudios (Chen, Z. et al., 2008; Ellis, D. A. & Jenkins, R., 2012; Lehmann, T. N. et al., 2007; Murdock, A. et al., 2002; Neal, R. D. et al., 2005; Nour El-Din, M. M. et al., 2008; Van der Meer, G. & Looock, J. W., 2008; Zirkle, M. S. & McNelles, L. R., 2011) en países desarrollados presentan cifras de absentismo que varían entre el 5 y el 25%, datos similares a los arrojados por estudios españoles (Alcolea, M. & Gorgemans, S., 2009; Carrillo, J., 2012; Fonseca, E. et al., 2001; Morera-Guitart, J. et al., 2002; Negro, J. M., Campuzano, F. J., et al., 2004; Negro, J. M. et al., 2002; Orueta, R. et al., 2001) que oscilan entre el 10 y el 20%.

La inasistencia de los pacientes a sus citas programadas en consultas externas representa un problema en las organizaciones sanitarias, pues supone la infrautilización de los recursos humanos y

materiales destinados para dicha asistencia, un esfuerzo adicional en la reprogramación de citas, un coste de oportunidad en los recursos y servicios destinados, y posibles implicaciones en la salud de los sujetos absentistas. Además, ejerce un efecto adverso en el flujo del trabajo y los resultados clínicos (Craig, R. J. & Olson, R. E., 2004; Lacy, N. L., Paulman, A., Reuter, M. D., & Lovejoy, B., 2004).

Los motivos del incumplimiento de las citas programadas son complejos y sus causas precisan un análisis exhaustivo para poder introducir en su gestión aquellas medidas correctoras encaminadas a minimizar el problema. En referencia a los factores determinantes de la inasistencia a consultas médicas, varias revisiones (Car, J. et al., 2012; Deyo, R. A. & Inui, T. S., 1980; George, A. & Rubin, G., 2003; Sharp, D. J. & Hamilton, W., 2001) los han evaluado, tanto en el contexto hospitalario como en Atención Primaria y en una amplia gama de entornos de países de Europa, Sudamérica y Sureste Asiático.

Los estudios identifican como principales factores relacionados con el paciente para no cumplir con sus citas: el olvido, la confusión sobre la fecha/hora de la cita, la resolución de los síntomas, las creencias de salud, la falta y dificultad de transporte, los problemas de programación, el estado de salud, la resistencia a la consulta, y la frustración con la organización manifestada por largos tiempos de espera y discontinuidad de la atención. Entre los factores relacionados con el sistema destacan: la falta de comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes, los tiempos de espera, la calidad de consulta, la demora en la asignación de la cita, los problemas administrativos y/o de oficina y el lugar de la atención sanitaria (Car, J. et al., 2012).

A continuación discutiremos ampliamente en cada uno de los objetivos específicos descritos en nuestro estudio, los resultados

obtenidos en referencia a los factores que influyen en el absentismo a consultas externas analizados en nuestra población de referencia, relacionados tanto con el paciente, como con el sistema.

Detallando así mismo, las diversas intervenciones implementadas en los distintos entornos para reducir las cifras de inasistencias y paliar sus consecuencias en las organizaciones sanitarias, que han sido desarrolladas en la literatura.

Dichas intervenciones van desde las más controvertidas entre las que se encuentran propuestas tales como los incentivos económicos, mediante la imposición de una multa a los no asistentes (Bech, M., 2005) y el *overbooking* (Berg, B. et al., 2013; Murdock, A. et al., 2002) hasta los clásicos recordatorios postales, telefónicos y SMS (Gurol-Urganci, I. et al., 2013; Hashim, M. J. et al., 2001; Henderson, R., 2008; Liew, S.-M. et al., 2009; Sawyer, S. M. et al., 2002), pasando por políticas de acceso abierto (Degani, N., 2013; Murray, M. & Tantau, C., 2000; Rose, K., Ross, J. S., & Horwitz, L. I., 2011) y consulta virtual (Wallace, P. et al., 2004).

8.2 Objetivos específicos

OBJETIVO 1: Identificar los factores de la persona: edad, sexo, nacionalidad, nivel de estudios, autopercepción de salud de pacientes absentistas vs cumplidores.

Respecto a las características del paciente, tanto en el grupo de casos como en el de controles predominaban las citas de mujeres (más del 60%), y la nacionalidad española (superior al 85%). Así mismo, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad, al ser superior en los controles (media: 55,7; DE: 16,9) que en los casos (media: 51,3; DE: 17,5).

Negro afirma en base a estudios previos, que no existe un perfil definido del paciente incumplidor en general, pero sí son muchos los autores que han hallado datos que ponen de manifiesto, como en nuestro caso, un mayor incumplimiento en pacientes jóvenes (Deyo, R. A. & Inui, T. S., 1980; Ellis, D. A. & Jenkins, R., 2012; Fonseca, E. et al., 2001; Giunta, D. et al., 2013; Junod Perron, N. et al., 2010; Lehmann, T. N. et al., 2007; Neal, R. D. et al., 2005; Negro, J. M. et al., 2002; Negro, J. M., Félix, R., et al., 2004; Orueta, R. et al., 2001; Zirkle, M. S. & McNelles, L. R., 2011), explicado quizás por la percepción de salud de este grupo de edad, o porque los pacientes jóvenes tengan más compromisos laboral y/o actividades tipo viajes, etc.

En relación al sexo, nuestros datos se encuentran al límite de la significación ($p=0,059$). Por tanto el ser mujer, como afirman algunos autores sería un factor protector aunque no se muestra una

significación clara (Negro, J. M. et al., 2002; Zirkle, M. S. & McNelles, L. R., 2011). La bibliografía no presenta datos concluyentes en este sentido, si bien las referencias a varones son ligeramente superiores (Alcolea, M. & Gorgemans, S., 2009; Negro, J. M., Félix, R., et al., 2004; Orueta, R. et al., 2001). Algunos estudios han identificado un mayor patrón de utilización en mujeres con mayor desigualdad socioeconómica y dolor corporal (Weinreb, L., Perloff, J., Goldberg, R., Lessard, D., & Hosmer, D. W., 2006), aunque otros estudios llevados a cabo en entornos donde la accesibilidad a los servicios de salud no está garantizada, se encontraron resultados totalmente opuestos (Dias-da-Costa, J. S. et al., 2008).

El análisis de la posible influencia del nivel de estudios del paciente en el absentismo en consultas no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas. Aunque algunos autores que evaluaron la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España hallaron que los pacientes sin estudios y de nivel socioeconómicos bajos acudían con mayor frecuencia a la consulta médica (Lostao, L., Regidor, E., Calle, M. E., Navarro, P., & Domínguez, V., 2001; Regidor, E. et al., 2006).

Sin embargo, no hemos hallado estudios previos que analicen el impacto directo del nivel de estudios del paciente en el absentismo, si bien Frankel ya señaló en 1989 en su estudio de casos y controles realizado en un hospital general de Cardiff (Gales) que los pacientes que no acudieron a su cita eran menos propensos a entender el propósito de la misma (Frankel, S., Farrow, A., & West, R., 1989).

En este sentido, Barron afirmó que la mejora en el proceso de comunicación entre profesionales y pacientes aumenta el interés personal de los pacientes, lo que produce un efecto positivo en el comportamiento de los mismos para cumplir con las citas sucesivas (Barron, W. M., 1980).

Otro factor a tener en cuenta en este sentido son las barreras emocionales que algunos pacientes pueden presentar para acudir a su cita médica, ya que las emociones negativas acerca de ir al médico son mayores que el beneficio observado para mantener la cita (Lacy, N. L. et al., 2004). Martin halló que la falta de empatía en la relación médico paciente fue una de las causas de absentismo manifestadas por los pacientes en las consultas de atención primaria en un entorno urbano londinense (Martin, C. et al., 2005).

Algunos autores señalan las técnicas de entrevista motivacional como método para ayudar a las personas a reconocer y resolver la ambivalencia acerca de cambiar su comportamiento y construir la motivación interna para asistir a las sesiones terapéuticas (Miller, W. R. & Rose, G. S., 2009), como estrategia de compromiso de comportamiento basada en la evidencia cuyo propósito es hacer que los pacientes quieran asistir a sus citas.

Así mismo, la creación de un ambiente acogedor y la asociación con las fuentes de referencia también se ha demostrado que pueden reducir las tasas de inasistencia, pero estas prácticas han recibido escasa atención en la literatura (Molfenter, T., 2013).

Una medida a desarrollar en las organizaciones sanitarias que vendría a contribuir de forma manifiesta en la mejora de la relación entre profesionales y pacientes es el diseño de estructuras de agendas nominales de forma que se garantice el seguimiento del paciente a lo largo del proceso por el mismo profesional, lo que proporcionaría una mejora de la confianza y seguridad de los pacientes al tener una persona de referencia en su proceso.

Si bien esta es una demanda reiterada de los usuarios del sistema, plantea dificultades estructurales y de proceso en algunos centros para llevarla a cabo. A pesar de que la orientación actual de los servicios sanitarios es hacia la atención centrada en la persona,

aún quedan muchas lagunas que solventar en las organizaciones para alcanzar con éxito esta meta, sobre todo en pacientes crónicos (Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M., 2014; Fredericks, S., Lapum, J., & Hui, G., 2015; Rosenzweig, A., Kuspinar, A., Daskalopoulou, S. S., & Mayo, N. E., 2014; Winn, K., Ozanne, E., & Sepucha, K., 2015).

En referencia a la autopercepción de salud, no se encontró relación con el patrón de absentismo, aunque cabe destacar que sólo una pequeña fracción de los pacientes encuestados tenía una percepción de salud mala o muy mala (más del 60% de los sujetos en ambos grupos tenía una percepción de salud buena o muy buena).

La bibliografía de referencia con respecto a este factor es muy limitada, tan solo hemos hallado un estudio cualitativo (entrevistas en profundidad) realizado en 2004 a pacientes asmáticos en un entorno hospitalario londinense de consultas externas y con una muestra reducida (19 pacientes), en el que los autores identificaron tres explicaciones principales para el absentismo: lapsos de memoria, el estado de salud de los pacientes (sentirse "muy bien" o "muy mal"), y la desilusión con la atención ambulatoria del hospital (Van Baar, J. D. et al., 2006); por lo que sería necesario el desarrollo de futuras investigaciones que acometieran un análisis más en profundidad de esta cuestión.

Podemos afirmar sin embargo, que es más prolífica la literatura en cuanto a la percepción de salud y la utilización de los servicios sanitarios. Varios autores hallaron una mayor utilización de servicios sanitarios sobre todo en pacientes crónicos relacionados con la percepción de enfermedad y los factores de riesgo asociados (Frostholtm, L. et al., 2005; Jordan, K., Ong, B., & Croft, P., 2003; Martín-Fernández, J. et al., 2010; Pariente-Rodrigo, E. et al., 2015).

OBJETIVO 2: Analizar los factores del proceso: tipo de consulta, demora en la asignación de la cita, percepción de la necesidad de ser atendido, problemas de salud de pacientes absentistas vs cumplidores.

Entre los factores analizados, las características del centro y el tipo de consulta no contribuyeron a explicar el absentismo. En cambio, la demora en la cita sí mostró una relación significativa con la posibilidad de no acudir a la cita. Esta asociación ha sido detectada en otros estudios, mostrando cómo menores tiempos de espera se asocian con un menor número de citas perdidas (Alcolea, M. & Gorgemans, S., 2009; Bickler, C. B., 1985; Giunta, D. et al., 2013; Hagerman, G. A., 1978; Lacy, N. L. et al., 2004; Leung, G. M., Castan-Cameo, S., McGhee, S. M., Wong, I. O., & Johnston, J. M., 2003; Martin, C. et al., 2005; Parikh, A. et al., 2010; Sharp, D. J. & Hamilton, W., 2001), sobre todo en las primeras citas (Bowman, R. J., Bennett, H. G., Houston, C. A., Aitchison, T. C., & Dutton, G. N., 1996), y a su vez, tiempos de espera más largos se relacionan con una menor satisfacción de los pacientes (Bar-dayan, Y., Leiba, A., Weiss, Y., Carroll, J. S., & Benedek, P., 2002; Bower, P., Roland, M., Campbell, J., & Mead, N, 2003) y del personal sanitario (Mira, J. J. et al., 2002).

Este hecho se relaciona directamente con el reto que supone para las organizaciones sanitarias la gestión de listas de espera. En el caso de nuestra comunidad, se ha establecido un Decreto de garantía (Decreto 96/2004; 2004) de tiempos de respuesta que garantiza una demora máxima de sesenta días para una primera visita por el especialista, desde que la cita es solicitada por el médico de Atención Primaria. Pero, no se han definido medidas para el control de demoras en las citas de revisiones, si bien es cierto que las políticas

de acuerdos de gestión de las Unidades de Gestión Clínica de los centros sanitarios están empezando a contemplar objetivos de gestión de citas, cuyo objetivo final sería que al paciente que acude a una cita del especialista se le asigne su cita de revisión en acto único, es decir que el paciente salga del centro con su cita de revisión en mano.

En relación con la percepción de prioridad en la concesión de la cita, los pacientes encuestados estiman mayoritariamente que la prioridad de su cita es normal (78,9% de los casos y 76,8% de los controles), lo que significa que en su opinión pueden esperar hasta 60 días para la visita médica. Tan solo 17 pacientes caso (1,9%) y 32 pacientes control (3,6%) manifestaron la necesidad de una atención urgente para su proceso de salud. Ya en 1980 Barron señaló que los pacientes que perciben la gravedad de su enfermedad para requerir atención urgente son mejores asistentes (Barron, W. M., 1980). Lacy señaló en su estudio que *"Los participantes describieron una sensación de urgencia en la programación de una cita cuando la enfermedad golpeó. Luego, los participantes describen una sensación de indecisión en el mantenimiento de la cita programada, especialmente cuando habían transcurrido varios días entre el momento de la programación y la fecha de la cita real"* (Lacy, N. L. et al., 2004).

En este sentido varios estudios resaltan como causas para que los pacientes no acudan a su citas programadas, tanto la mejoría de su proceso (Barron, W. M., 1980; Cosgrove, M. P., 1990; Frankel, S. et al., 1989; Murdock, A. et al., 2002), como el empeoramiento del cuadro clínico (Barron, W. M., 1980; Cosgrove, M. P., 1990; Frankel, S. et al., 1989), lo que dificultó que acudieran a su cita tanto por incapacidad física como por la utilización de otra vía de entrada al sistema sanitario como el servicio de urgencias.

En nuestro caso, el 4,8% de los pacientes casos encuestados manifestaron que no acudieron a su cita médica por mejoría del cuadro clínico que originó el motivo de la consulta; y el 3,7% argumentó incapacidad física como causa de su absentismo, aunque la pluripatología no mostró asociación alguna y el grueso de la muestra no presentaba esta condición. Cabe destacar que algunos autores han detectado que los pacientes con enfermedades crónicas son mejores cumplidores con sus citas médicas (Gruzd, D. C., Shear, C. L., & Rodney, W. M., 1986; Vikander, T. et al., 1986).

Varias son las estrategias de reducción de tiempo de espera que podemos hallar en la literatura, entre las que se encuentran algunas medidas controvertidas como la propuesta de overbooking de Murdock (Murdock, A. et al., 2002). Consiste en citar más pacientes programados de los huecos disponibles que tiene la agenda; sus defensores afirman que *"las clínicas deben esperar una cierta proporción de inasistencias y con el enfoque de 'overbooking' hay que tener esto en cuenta y en la mayoría de los casos, las fluctuaciones serían manejables"*.

En esta línea el análisis realizado por Berg concluye que las políticas de overbooking pueden lograr el mismo beneficio neto esperado que se realizaría si todos los pacientes asistieran a sus citas, con un impacto de reducción del 25% de espera indirecta y un costo mínimo de implementación (Berg, B. et al., 2013). El argumento en contra del overbooking lo pone de manifiesto Sharp, quien afirma que podría ser contraproducente ya que el 100% de asistencia ejerce presión sobre los pacientes y el personal sanitario, y la hora de la cita asignada a los pacientes no se cumpliría casi nunca, lo que generaría un efecto colateral de descontento e insatisfacción tanto en usuarios como profesionales (Sharp, D. J. & Hamilton, W., 2001).

Hay una percepción generalizada de que menores tiempos de espera para las citas conducirán automáticamente a una mejora de la satisfacción del paciente. Sin embargo, numerosos estudios de pacientes en el Reino Unido han descubierto que una cita a una hora conveniente es más importante para los pacientes que la rapidez con que se le asigne dicha cita, a no ser que se presente un empeoramiento en su problema de salud (Gerard, K., Salisbury, C., Street, D., Pope, C., & Baxter, H., 2008; Pascoe, S. W., Neal, R. D., & Allgar, V. L., 2004; Salisbury, C. et al., 2007). Estos resultados son consistentes entre los pacientes que trabajan, los pacientes con enfermedades crónicas, las mujeres y los pacientes mayores (Rubin, G., Bate, A., George, A., Shackley, P., & Hall, N., 2006).

Por otra parte, si los pacientes están informados del tiempo de espera, la satisfacción se puede mejorar (Dansky, K. H. & Miles, J., 1997). En este sentido, proporcionar al paciente la cita de revisión durante su consulta médica ofertando las posibles opciones de día y hora disponibles en las agendas médicas, le permitiría elegir la cita que mejor se adaptara a sus necesidades personales y laborales; en contraposición con el sistema de asignación de cita directa y unidireccional por parte del centro sanitario, lo que mejoraría la satisfacción de los usuarios, reduciría los costes administrativos de comunicación posterior de las citas y las inasistencias de los pacientes que no acuden porque no les viene bien el horario de la cita asignada. Si bien, para ello sería necesario que organizativamente se dispusiera de la programación de agendas con antelación previa para dar respuestas a las citas de medio y largo plazo.

En contraposición con el sistema de overbooking se encuentran los autores que manifiestan sus dudas en el sentido de que la inasistencia sea necesariamente negativa, pues afirman que el tiempo liberado de los profesionales puede ser utilizado por éstos, para ver

pacientes extras, ponerse al día con tareas burocráticas o consultar con sus colegas (Bickler, C. B., 1985; Neal, R. D. et al., 2005).

Otra de las estrategias de reducción de tiempos de espera planteadas en la literatura es el sistema de acceso avanzado o libre. Murray define el acceso avanzado como *"un sistema de programación de citas que permite a los pacientes buscar y recibir atención del proveedor de elección en el momento que el paciente elija"* (Murray, M. & Tantau, C., 1999). Degani señala que *"su objetivo es el de eliminar los tiempos de espera para las visitas al médico, garantizando el acceso a citas el mismo día, sin importar la urgencia o necesidad de atención médica"* (Degani, N., 2013). La intención es reducir los retrasos en el acceso, lo cual permitiría mejorar la atención clínica y la satisfacción del paciente, y las reducciones en el uso de la atención urgente. Se ha sugerido que este modelo reduce los tiempos de espera de los pacientes, mejora la continuidad de la atención, y disminuye la inasistencia (Boelke, C., Boushon, B., & Isensee, S., 2000; Kopach, R. et al., 2007; Murray, M. & Tantau, C., 2000). Por otro lado, los escépticos del sistema señalan que el acceso avanzado es difícil de aplicar, en su lugar puede reducir la continuidad de la atención, y pueden dejar a los pacientes con enfermedades crónicas sin seguimiento, al no asignar citas de revisiones (Ahluwalia, S. & Offredy, M., 2005; Salisbury, C., 2008; Singer, I. A. & Regenstein, M., 2003).

Dos revisiones sistemáticas recientemente han evaluado este sistema, en el ámbito de Atención Primaria (Rose, K., Ross, J. S., & Horwitz, L. I., 2011) y en pacientes con enfermedades crónicas (Degani, N., 2013). Ambas revisiones encontraron sobre la base de baja o muy baja evidencia, que este sistema parece ser más eficaz en la mejora del acceso en particular para los centros con significativamente mayores problemas relacionados con éste. Por lo que ha de ser considerado como una intervención opcional para las

prácticas en las que el acceso a la atención es un problema importante, con la advertencia de que la continuidad de la atención no debe ser comprometida simplemente para aumentar el acceso. En cambio, ha demostrado poco beneficio en términos de resultados de los pacientes, y de hecho puede impactar negativamente en la gestión ordinaria de la enfermedad crónica. Degani concluye que *"el acceso avanzado no se asoció consistentemente con los cambios en los resultados clínicos, la satisfacción del paciente, o la utilización de servicios de salud"* (Degani, N., 2013) y Rose afirma que *"los efectos sobre la satisfacción del paciente se mezclaron y los datos sobre los resultados clínicos fueron escasos"* (Rose, K. et al., 2011).

OBJETIVO 3: Analizar los factores del contexto: distancia geográfica, ocupación, baja laboral, cargas familiares de pacientes absentistas vs cumplidores.

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en referencia a la lejanía al centro, aunque existen varios estudios de nuestro entorno (Morera-Guitart, J. et al., 2002; Negro, J. M., Félix, R., et al., 2004) que las avalan. La explicación a estos hallazgos podrían deberse a que la distancia media a los centros de nuestra área de cobertura no es excesiva (de 8,92 Km, DE 10,7), lo que indica que nuestros centros se encuentran accesibles al ciudadano.

Tampoco, nuestro trabajo ha mostrado diferencias estadísticamente significativas con respecto al transporte utilizado por el paciente para trasladarse al hospital, factor que en países en desarrollo o con deficiencias estructurales sí ha jugado un papel importante (Nour El-Din, M. M. et al., 2008; Van der Meer, G. & Loock, J. W., 2008);), aunque también ha sido aislado en estudios llevados a cabo en entornos de países desarrollados como Estados Unidos y Australia, donde los pacientes también argumentaron la falta o dificultad en el transporte como causa para no acudir a su cita médica (Campbell, J. D., Chez, R. A., Queen, T., Barcelo, A., & Patron, E., 2000; Collins, J., Santamaria, N., & Clayton, L., 2003; Paul, J. & Hanna, J. B., 1997; Pesata, V., Pallija, G., & Webb, A. A., 1999), si bien en situaciones de pacientes con bajos ingresos, mayores, madres solteras y embarazadas de alto riesgo.

Tampoco la clase social ocupacional o el nivel de estudios de los pacientes han mostrado asociación con el absentismo en consultas.

La bibliografía de referencia no analiza el nivel de estudios de los pacientes, pero sí son muchos los autores que relacionan como causa del absentismo a las consultas médicas el nivel socioeconómico bajo y los bajos ingresos (Barron, W. M., 1980; Campbell, J. D. et al., 2000; Sharp, D. J. & Hamilton, W., 2001; Waller, J. & Hodgkin, P., 2000).

En referencia a la baja laboral, nuestros datos se encuentran al límite de la significación estadística ($p=0,066$), por lo que podríamos afirmar que estar de baja sería un factor protector aunque no se muestra una significación clara. Aunque tan solo el 2,4% de los casos y el 4,9% de los controles manifestaron estar de baja durante el estudio.

Si bien es cierto que tiene cierta lógica que los pacientes que se encuentran de baja por enfermedad acudan a sus citas médicas para resolver su problema de salud, podría existir otro factor asociado: el seguimiento a nivel laboral que pudiera estar llevando a cabo el organismo o empresa correspondiente de los trabajadores que se encuentran en situación de incapacidad laboral por enfermedad y que podrían forzar en un momento dado la incorporación del sujeto a su trabajo si no acuden a sus citas médicas, salvo en el caso de que la causa sea un agravamiento de su situación de salud que le haya incapacitado en el momento de su cita.

No hemos hallado en la literatura estudios que analicen la influencia de este factor en el absentismo a las consultas médicas, pero en el contexto laboral algunos autores señalaron como causas de la inasistencia, la dificultad de ausentarse del trabajo para acudir a una cita en horario laboral (Frankel, S. et al., 1989; Sharp, D. J. & Hamilton, W., 2001).

Los datos muestran que el análisis de tener familiares a cargo se encuentran al límite de la significación estadística ($p=0,050$), lo

que supondría un factor de riesgo en el absentismo de los pacientes en Consultas Externas. Pero el análisis del tipo de carga familiar no mostró asociación alguna. Algunos autores señalaron que el cuidado de los hijos dificulta la asistencia a las citas médicas, sobre todo en mujeres (Campbell, J. D. et al., 2000) y en franjas de edad comprendidas entre los 20 y los 30 años, en la que la probabilidad de tener hijos pequeños que requieran el cuidado de sus progenitores es mayor (Sharp, D. J. & Hamilton, W., 2001). En nuestro estudio los hijos son el tipo de carga familiar más habitual tanto en los casos con un 93,9%, como en los controles con un 88,5%. En este sentido, habría que implementar medidas de mejora en los sistemas de gestión de citas que permitan a los usuarios la posibilidad de elegir el horario de la cita que le posibilite la conciliación, tanto con la vida laboral, como con la personal, en referencia al cuidado de hijos y familiares a cargo.

OBJETIVO 4: Describir el perfil del paciente que no acude a la cita.

El modelo multivariante desarrollado en el estudio ha mostrado cómo una menor demora en la cita actuaba como factor protector, al igual que la edad se asocia inversamente al absentismo en consultas y que la frecuentación habitual a consultas en el último año actúa también como factor protector del absentismo a consultas. Hemos querido analizar en nuestro estudio la relación entre la hiperfrecuentación tanto en urgencias como en consultas externas y el absentismo, habiendo encontrado diferencias significativas que muestran cómo una mayor frecuentación actúa como factor protector contra el absentismo. Este resultado proporciona la posibilidad de identificar un perfil de riesgo de absentismo en consultas externas, en aquellos sujetos jóvenes que no frecuentan habitualmente las consultas y con demora en la cita.

La bibliografía de referencia no analiza este factor, pero sí son muchos los autores que han relacionado que los pacientes que no acudieron a su cita médica habían presentado incumplimiento previo (Murdock, A. et al., 2002; Neal, R. D. et al., 2005; Negro, J. M. et al., 2002; Negro, J. M., Félix, R., et al., 2004; Orueta, R. et al., 2001) por lo que manifiestan un perfil de paciente reincidente.

Así mismo, en nuestro estudio el 57,8% de los pacientes que faltaron a su cita solicitaron una nueva cita, cifra muy similar a la obtenida por Neal (60%) en el contexto de consultas de medicina general en West Yorkshire (Reino Unido) (Neal, R. D. et al., 2005). Esto nos permite hacer una doble lectura: por una parte el incremento del coste sanitario imputado y por otra parte tras analizar

algunas de las causas es posible que las preferencias o circunstancias de los pacientes inclinen la balanza en favor de otras opciones antes que asistir a la consulta médica (viajes, motivos laborales), o que el agravamiento de su situación de salud o la interferencia de otros problemas de salud (hospitalización, otras enfermedades), aunque en menor medida, también juegue un papel en la explicación del absentismo. No puede descartarse tampoco, aunque en este estudio es imposible de discernir, que haya existido una inadecuación en la indicación de la derivación a consultas de atención especializada. En este sentido cabría realizar en las organizaciones sanitarias esfuerzos encaminados a minimizar la variabilidad de la práctica clínica entre los profesionales.

OBJETIVO 5: Aislar factores evitables y no evitables asociados al absentismo en consultas de atención especializada.

La relevancia del estudio de los fallos en las citas viene dada por el hecho de que la mayoría de las causas por las que los pacientes no se presentan a sus citas podrían evitarse (Morera-Guitart, J. et al., 2002).

Varios estudios que han analizado las causas de la inasistencia cifran los motivos evitables en torno al 56% (Morera-Guitart, J. et al., 2002; Sañudo, S. et al., 2003), dato muy aproximado al 52,4% que hemos hallado en nuestro análisis, lo que supone un margen de actuación muy elevado que nos permitiría implementar medidas de mejora para la optimización del proceso de la atención sanitaria y el control de ineficiencias productivas.

El principal motivo evitable que han declarado los pacientes encuestados ha sido el olvido, el 29,7% de los pacientes que no acudieron a su cita manifestaron que fue por este motivo.

Muchos son los autores que avalan este dato (Fonseca, E. et al., 2001; Gurol-Urganci, I. et al., 2013; Liew, S.-M. et al., 2009; Morera-Guitart, J. et al., 2002; Murdock, A. et al., 2002; Neal, R. D. et al., 2005; Negro, J. M., Campuzano, F. J., et al., 2004; Nour El-Din, M. M. et al., 2008; Orueta, R. et al., 2001; Sawyer, S. M. et al., 2002) cuya cifra varía desde el 13,7% hallado por Fonseca en el ámbito hospitalario en nuestro país, hasta el 40% de Neal en el contexto ambulatorio en Reino Unido.

Una medida a tomar para aliviar este problema podrían ser los métodos de comunicación de recordatorios para citas que incluyen la

comunicación cara a cara, los mensajes de correo, las llamadas a teléfonos fijos o móviles y la mensajería móvil (SMS y MMS).

La literatura nos muestra que múltiples intervenciones utilizando diversos métodos de aviso han sido probadas para reducir la tasa de inasistencia (Junod Perron, N. et al., 2010).

La mayoría de los estudios han evidenciado una disminución de las tasas de absentismo con independencia del sistema de recordatorio empleado en la intervención (Koshy, E. et al., 2008; Stubbs, N. D. et al., 2012). Lo que demuestra como norma general, la eficacia manifiesta de este tipo de intervenciones en la mejora y optimización de la atención dispensada a los usuarios del sistema en el entorno sanitario.

De los diferentes métodos descritos previamente, varios autores ponen de manifiesto la eficacia de los recordatorios postales, pero señalan su mayor coste y la pérdida de efectividad con el paso del tiempo (Henderson, R., 2008; Murdock, A. et al., 2002).

Así mismo, en cuanto a los recordatorios realizados mediante llamada telefónica varios ensayos clínicos evidenciaron la disminución de la tasa de inasistencia tras esta intervención en entornos muy diversos. Entre los que se encuentran los trabajos de Hashim que constató un descenso en la tasa de inasistencia del 26 al 19% en población urbana neoyorquina (Hashim, M. J. et al., 2001), Dochery cuyos resultados pusieron de manifiesto una bajada del 5% en el contexto de población anciana del Reino Unido (Dockery, F. et al., 2001) y cifras superiores hallaron Sawyer y sus colaboradores, que en 2002 llevaron a cabo un estudio en población adolescente cuyos resultados mostraron una disminución del 12%, pasando desde una tasa previa de absentismo del 20% hasta el 8% postintervención (Sawyer, S. M. et al., 2002).

Y por último, en relación a los mensajes de texto (SMS), Liew concluye que su efectividad es la misma que la de los recordatorios telefónicos, tras comparar ambas intervenciones (Liew, S.-M. et al., 2009); y en revisión sistemática llevada a cabo recientemente, Gurol-Urganci manifiesta que hay “pruebas de calidad moderadas de que los recordatorios de mensajes de texto de teléfono móvil son más efectivos que ningún recordatorio” (Gurol-Urganci, I. et al., 2013).

En este sentido varios estudios apuntan a este método como el más costo-efectivo (Hasvold, P. E. & Wootton, R., 2011; Junod Perron, N. et al., 2010).

Hasvold y sus colaboradores concluyen tras su revisión sistemática que el coste de su implantación en el sistema sería menor al que soporta la organización por la inasistencia de nuestros pacientes a las consultas médicas (Hasvold, P. E. & Wootton, R., 2011).

Si bien hay que tener en cuenta como señala Lee que el éxito de la implantación de este sistema pasa por tener una base de datos de teléfonos de contacto de los pacientes actualizada (Lee, C. S. & McCormick, P. A., 2003), lo que puede plantear problemas en aquellos centros sanitarios que no dispongan de un buen soporte informático, así como de un procedimiento de actuación para que los usuarios puedan actualizar sus datos de filiación cuando haya algún cambio (dirección, teléfono...).

Muy numerosa es la literatura, como hemos visto, en cuanto al impacto de las intervenciones medido en resultados de disminución de tasas de inasistencia a las consultas médicas, pero pocos son los autores que han analizado en sus trabajos el coste económico de estas intervenciones y aportan datos de las mismas.

Tan solo hemos hallado dos ensayos clínicos que analizaron el impacto económico, ambos compararon la eficacia de intervenciones de recordatorios de SMS, llamada telefónica y un grupo control sin intervención.

Leong realizó su estudio en pacientes crónicos en el contexto de Atención Primaria en Malasia, concluyendo que ambas intervenciones fueron efectivas para mejorar la tasa de inasistencia, no hallando diferencias estadísticamente significativas entre sendos grupos, pero constataron que el coste por la intervención para el grupo de SMS fue un 15% inferior que para el de la llamada telefónica (Leong, K. C. et al., 2006).

De igual forma Chen llegó a la misma conclusión en un entorno hospitalario de promoción de la salud en China, pero su estudio arrojó todavía una diferencia de costo mayor, el 35% a favor del grupo de SMS. (Chen, Z. et al., 2008).

Tras los datos expuestos anteriormente, se evidencia que con respecto al olvido la medida más costo-efectiva a llevar a cabo en las organizaciones sanitarias sería por tanto la implementación de un sistema de recordatorio por SMS, superando las barreras que podamos encontrar en referencia al soporte informático, aunque en la actualidad los desarrollos realizados en los centros a este respecto se encuentran en la mayoría de los casos muy avanzados.

El *Fallo de comunicación* fue la segunda causa más frecuente (16%) de error en la cita por causas evitables hallazgo que no coincide con Morena-Guitard lo sitúan en quinto lugar (Morera-Guitart, J. et al., 2002).

Se hace por tanto en este sentido necesario analizar los procesos de comunicación de citas médicas en los centros sanitarios con objeto de detectar áreas de mejora que nos permitan

implementar medidas que disminuyan los errores en la comunicación de las citas a los pacientes.

En nuestro estudio hemos encontrado que un 47,6% de inasistencias corresponderían a motivos no evitables tales como mejoría (4,8%) e incapacidad física (3,7%), presentando un porcentaje de respuestas muy elevado en el que los pacientes aluden como motivo de inasistencia otros motivos (39,1%), entre los que se encuentran motivos laborales, personales y de trabajo entre otros, por lo que estos datos ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones no sólo encaminadas a paliar y corregir el impacto de los motivos evitables sino en concienciar a la ciudadanía de la necesidad de en caso de que no pueda acudir a su cita programada avise para que se pueda citar en su lugar a otro paciente, controlando de esta forma las ineficiencias productivas e insatisfacción tanto del usuario como de los profesionales derivadas del absentismo. Una medida a valorar en este caso sería la disponibilidad de un número directo de contacto del centro para anular las citas que constara impreso en la nota de cita del paciente.

Aunque la literatura en el ámbito de la asistencia a citas no explica por qué los pacientes no llaman por teléfono para cancelar sus citas o por qué cancelan las citas solicitadas unas pocas horas antes (Lacy, N. L. et al., 2004).

En esta línea Penneys analiza la incidencia de la cancelación en el mismo día de la consulta en una clínica dermatológica estadounidense, sus datos mostraron una tasa de cancelación del mismo día del 8,3% para una tasa de inasistencia total del 17%, pero no investigó los motivos de los pacientes para no acudir a la consulta o cancelar su cita médica unas horas antes de la misma. (Penneys, N. S. & Glaser, D. A., 1999).

OBJETIVO 6: Estimar el coste del absentismo en consultas externas de especialidades.

El absentismo a consultas externas es un problema que no solo afecta a los resultados del paciente debido a la pérdida de oportunidades para el diagnóstico y tratamiento (Chen, Z. et al., 2008), sino que también reduce la eficiencia de los sistemas de salud y aumenta los costos de la atención sanitaria (Leong, K. C. et al., 2006).

Como ya mencionamos, la ausencia a las citas programadas ha sido presentada como problemática en términos de pérdida de tiempo y de costo financiero involucrado (Martin, C. et al., 2005), a pesar de ello y del impacto del absentismo de los pacientes a consultas externas en las organizaciones sanitarias son muchos los autores que hacen referencia a este problema en sus estudios (Alcolea, M. & Gorgemans, S., 2009; Car, J. et al., 2012; Ellis, D. A. & Jenkins, R., 2012; Fonseca, E. et al., 2001; George, A. & Rubin, G., 2003; Martin, C. et al., 2005; Murdock, A. et al., 2002; Negro, J. M. et al., 2002; Negro, J. M., Félix, R., et al., 2004; Orueta, R. et al., 2001; Stubbs, N. D. et al., 2012; Van der Meer, G. & Loock, J. W., 2008) pero han sido muy escasos los estudios que han llevado a cabo el análisis económico, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras (Alcolea, M. & Gorgemans, S., 2009; Ellis, D. A. & Jenkins, R., 2012; Murdock, A. et al., 2002; Negro, J. M. et al., 2002).

En Reino Unido, Murdock conforme a los datos aportados por el Comité de Cuentas Públicas del National Health Service in England and Wales en 1995, cuantifica el coste por año con una tasa de inasistencia del 12% en £300 millones (Murdock, A. et al., 2002),

cifra que Ellis eleva en 2012 a £600 millones (Ellis, D. A. & Jenkins, R., 2012).

Y en nuestro país, Negro cuantifica el coste de las citas perdidas durante un año en el Servicio de Alergología en 109 mil euros (Negro, J. M. et al., 2002) y Alcolea cifra en 14 mil euros el coste de la inasistencia a consultas durante un periodo de cinco meses en los Hospitales del Consorcio Aragonés de Alta Resolución (Alcolea, M. & Gorgemans, S., 2009).

En esta línea nuestro análisis constata el gasto total de la Agencia Sanitaria Costa del Sol en 3.386.919 € para una tasa de inasistencia del 13,8%, representando un 14% del total del coste global de las consultas de la agencia (400.761 citas).

Estos datos evidencian la importancia del desarrollo de medidas dirigidas a disminuir las cifras de incumplimiento en citas médicas en las organizaciones sanitarias. Aunque la literatura al respecto tal y como afirman Giunta, pone de manifiesto la necesidad de estudios que analicen este tema, mediante la aplicación de la teoría económica y métodos analíticos (Giunta, D. et al., 2013). Teniendo en cuenta, que también habría que evaluar el balance coste/beneficio de posibles intervenciones que se pudieran desplegar para reducir la inasistencia, ya que algunas podrían suponer un coste superior al que ocasiona el absentismo.

En referencia al impacto del gasto del absentismo por centros, el coste económico registrado en el Hospital Costa del sol ascendió a 2.475.640 € con un incumplimiento del 14,2% (256.377 citas), en el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena fue de 515.936 € con el 12,2% (44.848 citas) y en el Centro de Alta Resolución de Mijas se registró un coste de 395.342 € con una tasa de inasistencia del 13,5% (99.536 citas).

Los datos muestran por tanto, que el coste medio del CARE de Mijas cuya cifra asciende a 31,77 € es mucho menor que el de los otros dos centros de la ASCS, representando el 30,69% con respecto a las cifras del HAR de Benalmádena 103,50 € y el 48,46% en referencia al HCS de Marbella 65,45 €.

Por lo que el coste global de los pacientes que no acuden a sus citas en el Hospital Costa del Sol es 4,8 veces superior que el que presentaron en el HAR de Benalmádena y 6,6 veces mayor a la cifra del CARE de Mijas, en tanto que el número total de pacientes que no acudieron a su cita en el HCS fue 6,6 veces superior que los pacientes que no asistieron a sus citas en el HAR de Benalmádena y tan solo 2,7 veces mayor que los que no acudieron en el CARE de Mijas.

Estas cifras pueden ser explicadas por los costes fijos de estructura y servicios imputados a los distintos centros que difieren de unos a otros conforme a las características de cada uno: el Hospital Costa del Sol es un hospital de Nivel II con la cartera de servicios completa correspondiente a su categoría, el centro de Benalmádena es un Hospital de Alta Resolución principalmente quirúrgico y el de Mijas es un Centro de Alta Resolución de Especialidades cuya actividad se reduce a consultas médicas programadas y pruebas complementarias.

Otro factor a tener en cuenta es el volumen de pacientes citados por centro lo que permite rentabilizar los costes fijos de estructura y servicios, en este caso podemos observar como el CARE de Mijas a pesar de ser el centro más pequeño presenta un volumen asistencial de citas médicas del 38,8% con respecto al hospital Costa del Sol y en relación al HAR de Benalmádena su actividad es un 54,4% superior.

Ante estos datos se podría interpretar que el centro más costo eficiente de la Agencia Sanitaria en referencia a la programación de

citas médicas en Consultas Externas es el CARE de Mijas, aunque esta afirmación estaría condicionada a la realización de un análisis de complejidad de los pacientes citados en cada centro, factor que no se ha abordado en este estudio.

Así mismo, sería necesario, para hablar de costo eficiencia de los centros en cuestión, realizar un análisis comparativo con centros pertenecientes al mismo nivel y referenciar la asistencia conforme a las ratios de población atendida, para evitar de esta forma el sesgo comparativo introducido.

El 57,8% de los pacientes que no acudieron a su cita médica solicitaron una nueva cita por el mismo motivo, lo que conlleva un incremento del coste adicional en el grupo de casos con respecto a los controles, cuya cifra asciende por centros a un coste medio de 98,47 € en el Hospital Costa del Sol, lo que supone un incremento de coste del 33,4% imputado a las recetas; de 165,55 € con un 37% de incremento en el HAR de Benalmádena y de 52,43 € con el 39,4% de incremento.

No hemos hallado estudios que analicen estos datos, tan solo Neal y sus colaboradores obtuvieron en 2005, en un entorno de consultas de medicina general en West Yorkshire (Reino Unido), una cifra muy similar a la de nuestro estudio, el 60% de los pacientes absentista solicitaron una nueva cita por el mismo motivo. (Neal, R. D. et al., 2005).

En referencia a las especialidades médicas hallamos que las que presentan un mayor coste medio son: en primer lugar Digestivo con un coste medio global de 134,5 € cuya cifra asciende con receta a 247,94 €, en segundo lugar se encuentra Medicina Interna con 87,65 € y 165,59 € respectivamente y por último Rehabilitación con un coste medio global de 76,57 € y un coste medio con receta global de 128,12 €.

Por el contrario, las especialidades médicas con menor coste son: Dermatología con 34,18 € de coste medio global y 61,87 € con recita, seguido de Oftalmología con 40,91 € y 74,71 € respectivamente y a continuación Urología con 43,66 € y 74,92 €.

Estos datos vienen explicados en el caso de Medicina Interna y Digestivo por la imputación de costes de farmacia ambulatorios y en el caso de Digestivo además por los costes tanto de personal como de fungible en la realización de pruebas endoscópicas y en relación a Rehabilitación que en un principio puede resultar llamativo en nuestro caso se explicarían por la realización de Técnicas de Bloqueos Diagnósticos que realiza esta especialidad en nuestros centros.

Hemos de mencionar en base a los datos expuestos, que hay que tener en cuenta que la reducción de la tasa de inasistencia en las organizaciones sanitarias no implica un ahorro total de las cifras de costes globales expuestas, sino que habría un porcentaje de ahorro directo imputado a los costes controlables y otro no de ahorro económico directo sino de eficiencia del servicio imputado a los costes fijos de estructura.

Por último cabría señalar en este apartado en relación a las propuestas de estrategias de mejora para disminuir las tasas de inasistencia en las organizaciones sanitarias halladas en la literatura, una bastante controvertida y cuyo debate actual está presente en el entorno político y la ciudadanía a propósito del contexto sociopolítico de crisis económica en el que estamos inmersos actualmente. En concreto se trata de la utilización de penalizaciones económicas, tales como la imposición de una multa a los no asistentes, estrategia que ha sido sugerida en Dinamarca y Reino Unido y en opinión de Bech y sus colaboradores podría reducir las tasas de inasistencia (Bech, M., 2005). En esta misma línea irían propuestas como el copago sanitario por cita médica, que si bien ya está implantado en otros países como

Francia, sería una medida bastante impopular en nuestro país sobre todo después de la implantación del copago farmacéutico.

Teniendo en cuenta además las repercusiones que generan los sistemas de copago tanto en mortalidad, hospitalización evitable y disminución del estado de salud como en restricciones en el acceso a servicios, fármacos, prestaciones sanitarias..., sobre todo en las poblaciones más vulnerables, como personas mayores, enfermos crónicos y grupos de bajos ingresos (Adams, A. S., Soumerai, S. B., & Ross-Degnan, D., 2001; Atella, V., Peracchi, F., Depalo, D., & Rossetti, C., 2006; Choudhry, N. K. et al., 2011; Lexchin, J. & Grootendorst, P., 2004; Page, R. L. 2nd, Barton, P., & Nair, K., 2008; Sinnott, S. J., Buckley, C., O’Riordan, D., Bradley, C., & Whelton, H., 2013; Trivedi, A. N. et al., 2010), por lo que estas propuestas han de ser valoradas con cautela. Incluso la Organización Mundial de la Salud en Europa ya en el año 2003 informó sobre la “Necesidad de abolir las barreras a la asistencia médica, con cualquier tasa por pequeña que sea porque tienen un efecto negativo sobre la salud de los sectores socialmente más desfavorecidos” (OMS, 2003). Así mismo, el Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS de 2010, explicaba que “Los pagos directos tienen graves repercusiones en la salud. Tener que pagar en el momento en el que un paciente es atendido disuade a la gente de utilizar los servicios (en particular, la promoción y la prevención sanitaria) y hace que aplacen los controles sanitarios. Esto significa que no reciben un tratamiento temprano, cuando las posibilidades de curación son mayores” (OMS, 2010).

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Un posible sesgo que nuestro estudio podría plantear es el sesgo de selección de no respuesta, dado que los sujetos que no acuden a su cita podrían tener una menor motivación a no participar en el estudio, o a no contestar al teléfono, pero la tasa de no respuesta (2% en los casos y 3% en los controles) no representa diferencias significativas entre ambos grupos, tampoco hubo ninguna pérdida por fallecimiento.

Así mismo, no se estudiaron las causas por las que los pacientes que no acudieron a su visita médica no solicitaron una nueva cita, lo que nos habría permitido valorar aspectos como la indicación médica en el caso de que el motivo hubiera sido "porque no la necesitaran".

Tampoco se ha realizado en nuestro estudio un análisis de complejidad de los pacientes citados en cada centro por lo que no se ha podido llevar a cabo la comparación de la complejidad de los pacientes por isogrupos intercentros, lo que nos habría aportado la oportunidad de valorar la costoeficiencia de la programación de las citas médicas.

Por último señalaremos como otra limitación a nuestro estudio la validez externa de resultados obtenidos, ya que se corresponden a resultados en una organización muy concreta como es la ASCS, y habría que ver en otros contextos la reproducibilidad de estos resultados.

Se hace por tanto necesario el desarrollo de futuras líneas de investigación que den respuesta a las lagunas puestas de manifiesto por nuestro análisis sobre todo y como ya hemos mencionado con anterioridad en referencia al análisis económico del coste del absentismo a consultas externas, así como la evaluación el balance coste/beneficio de posibles intervenciones que se pudieran desplegar

para reducir la inasistencia, ya que algunas podrían suponer un coste superior al que ocasiona el absentismo.

10. CONCLUSIONES

Finalmente, una vez expuestos y analizados los resultados del estudio en la investigación realizada, enumeramos a continuación las conclusiones:

PRIMERA

Los pacientes jóvenes que no frecuentan habitualmente las consultas constituyen el grupo de mayor riesgo de ausencia a las citas programadas en nuestra área sanitaria, por lo que se han de definir medidas dirigidas a este grupo de población.

SEGUNDA

Entre los factores analizados, las características del centro y el tipo de consulta no contribuyeron a explicar el absentismo. En cambio, la demora en la cita sí mostró una relación significativa con la posibilidad de no acudir a la cita.

TERCERA

Los factores de las circunstancias de la persona estudiados como son distancia al centro, ocupación y cargas familiares no afectan al absentismo.

CUARTA

Los principales motivos del absentismo *Olvido y Fallo en la comunicación* son evitables y podrían beneficiarse de intervenciones como la mejora de los procedimientos de comunicación o sistemas de recordatorio de citas.

QUINTA

De los tres centros que componen la Agencia Sanitaria Costa del Sol: Hospital Costa del Sol, Hospital de Alta Resolución de Benalmádena y Centro de Alta Resolución de Especialidades de Mijas, fue el primero el que presentó la tasa de inasistencia más elevada de los pacientes a sus citas en las consultas médicas del Área de Consultas Externas.

SEXTA

El exceso de coste que suponen las recitaciones asciende a 413.544 €, siendo el coste unitario medio de las citas médicas del Área de Consultas Externas de Agencia Sanitaria Costa del Sol mayor en los casos que en los controles en los tres centros que la componen, y el CARE de Mijas el que presentó el coste unitario medio por cita médica más reducido.

SEPTIMA

En referencia a las especialidades médicas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol, las que presentan tanto un coste medio unitario global como un coste unitario con recita más elevado son en primer lugar *Digestivo*, seguido de *Medicina Interna* y a continuación *Rehabilitación*.

Y por el contrario entre las especialidades que presentan un coste unitario medio tanto global como con recita menor destacan *Dermatología*, seguida de *Oftalmología* y a continuación *Urología*.

OCTAVA

Algunas de las causas detectadas son evitables y susceptibles de gestión no excesivamente compleja, aunque es necesaria la evaluación del balance coste/beneficio de posibles intervenciones que se pudieran desplegar para reducir la inasistencia, ya que algunas podrían suponer un coste superior al que ocasiona el absentismo.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Adams, A. S., Soumerai, S. B., & Ross-Degnan, D. (2001). The case for a medicare drug coverage benefit: a critical review of the empirical evidence. *Annual Review of Public Health*, 22, 49-61.
<http://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.22.1.49>
- Agencia Sanitaria Costa del Sol. (2013). Informe anual seguimiento actividad asistencial 2012. Unidad de evaluación marzo 2013. Marbella.
- Agencia Sanitaria Costa del Sol. (2014). Informe anual seguimiento actividad asistencial 2013. Unidad de evaluación junio 2014. Marbella
- Ahluwalia, S., & Offredy, M. (2005). A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC Family Practice*, 6, 39. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-6-39>
- Alcolea, M., & Gorgemans, S. (2009). Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada en el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusiones económicas y demoras. *Revista Administrativa Sanitaria Siglo XXI*, 7(4), 715-728.
- Atella, V., Peracchi, F., Depalo, D., & Rossetti, C. (2006). Drug compliance, co-payment and health outcomes: evidence from a panel of Italian patients. *Health Economics*, 15(9), 875-892.
<http://doi.org/10.1002/hec.1135>

- Bar-dayan, Y., Leiba, A., Weiss, Y., Carroll, J. S., & Benedek, P. (2002). Waiting time is a major predictor of patient satisfaction in a primary military clinic. *Military Medicine*, 167(10), 842-845.
- Barron, W. M. (1980). Failed appointments. Who misses them, why they are missed, and what can be done. *Primary Care*, 7(4), 563-574.
- Bashshur, R. L., Shannon, G. W., & Metzner, C. A. (1971). Some Ecological Differentials in the Use of Medical Services. *Health Services Research*, 6(1), 61-75.
- Bech, M. (2005). The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendeers. *Health Policy*, 74(2), 181-191. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.01.001>
- Berg, B., Murr, M., Chermak, D., Woodall, J., Pignone, M., Sandler, R. S., & Denton, B. (2013). Estimating the Cost of No-shows and Evaluating the Effects of Mitigation Strategies. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 33(8), 976-985. <http://doi.org/10.1177/0272989X13478194>
- Bickler, C. B. (1985). Defaulted appointments in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(270), 19-22.
- Boelke, C., Boushon, B., & Isensee, S. (2000). Achieving open access: the road to improved service & satisfaction. *Medical Group Management Journal*, 47(5), 58-62, 64-66, 68.

- Bower, P., Roland, M., Campbell, J., & Mead, N. (2003). Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ: British Medical Journal*, 326(7383), 258.
- Bowman, R. J., Bennett, H. G., Houston, C. A., Aitchison, T. C., & Dutton, G. N. (1996). Waiting times for and attendance at paediatric ophthalmology outpatient appointments. *British Medical Journal*, 313(7067), 1244.
- Cabo, J. (2010). *Gestión sanitaria integral: pública y privada* (1ª ed.). Centro de Estudios Financieros.
- Campbell, J. D., Chez, R. A., Queen, T., Barcelo, A., & Patron, E. (2000). The no-show rate in a high-risk obstetric clinic. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(8), 891-895. <http://doi.org/10.1089/152460900750020928>
- Car, J., Gurol-Urganci, I., de Jongh, T., Vodopivec-Jamsek, V., & Atun, R. (2012). Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD007458). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD007458.pub2>
- Carrillo, J. (2012, junio). *Ciclo mejora: no comparecencia y /o comparecencia errónea en endoscopias* (Proyecto Fin de Máster en Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud). Universidad de Murcia.

Chen, Z., Fang, L., Chen, L., & Dai, H. (2008). Comparison of an SMS text messaging and phone reminder to improve attendance at a health promotion center: A randomized controlled trial. *Journal of Zhejiang University. Science B*, 9(1), 34-38. <http://doi.org/10.1631/jzus.B071464>

Choudhry, N. K., Avorn, J., Glynn, R. J., Antman, E. M., Schneeweiss, S., Toscano, M., ... Shrank, W. H. (2011). Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*, 365(22), 2088-2097. <http://doi.org/10.1056/NEJMs1107913>

Cid, J., & Damián, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137.

Collins, J., Santamaria, N., & Clayton, L. (2003). Why outpatients fail to attend their scheduled appointments: a prospective comparison of differences between attenders and non-attenders. *Australian Health Review*, 26(1), 52-63.

Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, 14, 271. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>

Cosgrove, M. P. (1990). Defaulters in general practice: reasons for default and patterns of attendance. *The British Journal of General Practice*, 40(331), 50-52.

Craig, R. J., & Olson, R. E. (2004). Predicting methadone maintenance treatment outcomes using the Addiction Severity Index and the MMPI-2 Content Scales (Negative Treatment Indicators and Cynism scales). *The American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 30(4), 823-839.

Dansky, K. H., & Miles, J. (1997). Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time. *Hospital & Health Services Administration*, 42(2), 165-177.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf.

Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA núm. 62. 30 de marzo de 2004: 7756-63

Degani, N. (2013). Impact of Advanced (Open) Access Scheduling on Patients With Chronic Diseases: An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(7), 1-48.

Denver, G. E. A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2, 465.

- Deyo, R. A., & Inui, T. S. (1980). Dropouts and broken appointments. A literature review and agenda for future research. *Medical Care*, 18(11), 1146-1157.
- Dias-da-Costa, J. S., Presser, A. D., Zanolli, A. F., Ferreira, D. G., Perozzo, G., Freitas, I. B., ... Pattussi, M. P. (2008). Use of outpatient health services by women: a population-based study in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(12), 2843-2851. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200013>
- Dockery, F., Rajkumar, C., Chapman, C., Bulpitt, C., & Nicholl, C. (2001). The effect of reminder calls in reducing non-attendance rates at care of the elderly clinics. *Postgraduate Medical Journal*, 77(903), 37-39. <http://doi.org/10.1136/pmj.77.903.37>
- Domingo-Salvany, A., Bacigalupe, A., Carrasco, J. M., Espelt, A., Ferrando, J., & Borrell, C. (2013). Proposals for social class classification based on the Spanish National Classification of Occupations 2011 using neo-Weberian and neo-Marxist approaches. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 263-272. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.009>
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ellis, D. A., & Jenkins, R. (2012). Weekday Affects Attendance Rate for Medical Appointments: Large-Scale Data Analysis and

Implications. *PLoS ONE*, 7(12), e51365. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0051365>

Elola, J. (1996). Health care system reforms in western European countries: the relevance of health care organization. *International Journal of Health Services*, 26(2), 239-251.

Fonseca, E., Vázquez, P., Mata, P., Pita, S., & Muíño, M. L. (2001). Estudio de la inasistencia a las citaciones en consulta en un servicio de dermatología. *Piel*, 16(10), 485-489.

Frankel, S., Farrow, A., & West, R. (1989). Non-attendance or non-invitation? A case-control study of failed outpatient appointments. *British Medical Journal*, 298(6684), 1343-1345.

Fredericks, S., Lapum, J., & Hui, G. (2015). Examining the effect of patient-centred care on outcomes. *British Journal of Nursing*, 24(7), 394-400. <http://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.7.394>

Frenk, J. (1992). *The concept and measurement of accessibility*. In *Health service research: an anthology* (White K. L.). Washington, DC: Pan American Health Organization.

Frostholm, L., Flink, P., Christensen, K. S., Tolft, T., Oernboel, E., Olesen, F., & Weinman, J. (2005). The patients' illness perceptions and the use of primary health care. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 997-1005.

George, A., & Rubin, G. (2003). Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary

health care. *Family Practice*, 20(2), 178-184. <http://doi.org/10.1093/fampra/20.2.178>

Gerard, K., Salisbury, C., Street, D., Pope, C., & Baxter, H. (2008). Is fast access to general practice all that should matter? A discrete choice experiment of patients' preferences. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(2), 3-10. <http://doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007087>

Giunta, D., Briatore, A., Baum, A., Luna, D., Waisman, G., & de Quiros, F. G. B. (2013). Factors associated with nonattendance at clinical medicine scheduled outpatient appointments in a university general hospital. *Patient Preference and Adherence*, 7, 1163-1170. <http://doi.org/10.2147/PPA.S51841>

Google Maps. (2014). Care de Mijas. 200 m. Recuperado de <https://www.google.es/maps/@36.5433457,-4.6404958,16z?hl=es>.

Google Maps. (2014). Hare de Benalmádena. 200 m. Recuperado de <https://www.google.es/maps/@36.599778,-4.557289,16z?hl=es>.

Google Maps. (2014). Hospital Costa del Sol. 200 m. Recuperado de <https://www.google.es/maps/@36.5072038,-4.8262549,16z?hl=es>.

Graves, B. A. (2008). Integrative Literature Review: A Review of Literature Related to Geographical Information Systems, Healthcare Access, and Health Outcomes. *Perspectives in*

Health Information Management / AHIMA, American Health Information Management Association, 5, 11.

Gruzd, D. C., Shear, C. L., & Rodney, W. M. (1986). Determinants of no-show appointment behavior: the utility of multivariate analysis. *Family Medicine, 18*(4), 217-220.

Gurol-Urganci, I., de Jongh, T., Vodopivec-Jamsek, V., Atun, R., & Car, J. (2013). Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD007458.pub3>

Hagerman, G. A. (1978). Testing the mailed appointment reminder in family practice. *The Journal of Family Practice, 7*(1), 199-201.

Hashim, M. J., Franks, P., & Fiscella, K. (2001). Effectiveness of telephone reminders in improving rate of appointments kept at an outpatient clinic: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice, 14*(3), 193-196.

Hasvold, P. E., & Wootton, R. (2011). Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 17*(7), 358-364. <http://doi.org/10.1258/jtt.2011.110707>

Henderson, R. (2008). Encouraging Attendance at Outpatient Appointments: Can We Do More? *Scottish Medical Journal, 53*(1), 9-12. <http://doi.org/10.1258/rsmsmj.53.1.9>

IV Plan Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013.

Jordan, K., Ong, B., & Croft, P. (2003). Previous consultation and self reported health status as predictors of future demand for primary care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(2), 109-113. <http://doi.org/10.1136/jech.57.2.109>

Junod Perron, N., Dao, M. D., Righini, N. C., Humair, J.-P., Broers, B., Narring, F., ... Gaspoz, J.-M. (2013). Text-messaging versus telephone reminders to reduce missed appointments in an academic primary care clinic: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 13, 125. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-125>

Junod Perron, N., Dominicé Dao, M., Kossovsky, M. P., Miserez, V., Chuard, C., Calmy, A., & Gaspoz, J.-M. (2010). Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. *BMC Family Practice*, 11, 79. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-11-79>

Kopach, R., DeLaurentis, P. C., Lawley, M., Muthuraman, K., Ozsen, L., Rardin, R., ... Willis, D. (2007). Effects of clinical characteristics on successful open access scheduling. *Health Care Management Science*, 10(2), 111-124.

Koshy, E., Car, J., & Majeed, A. (2008). Effectiveness of mobile-phone short message service (SMS) reminders for ophthalmology outpatient appointments: Observational study.

BMC Ophthalmology, 8, 9. <http://doi.org/10.1186/1471-2415-8-9>

Lacy, N. L., Paulman, A., Reuter, M. D., & Lovejoy, B. (2004). Why We Don't Come: Patient Perceptions on No-Shows. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 541-545. <http://doi.org/10.1370/afm.123>

Lee, C. S., & McCormick, P. A. (2003). Telephone reminders to reduce non-attendance rate for endoscopy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(11), 547-548.

Lehmann, T. N., Aebi, A., Lehmann, D., Balandraux Olivet, M., & Stalder, H. (2007). Missed appointments at a Swiss university outpatient clinic. *Public Health*, 121(10), 790-799. <http://doi.org/10.1016/j.puhe.2007.01.007>

Leong, K. C., Chen, W. S., Leong, K. W., Mastura, I., Mimi, O., Sheikh, M. A., ... Teng, C.L. (2006). The use of text messaging to improve attendance in primary care: a randomized controlled trial. *Family Practice*, 23(6), 699-705. <http://doi.org/10.1093/fampra/cml044>

Leung, G. M., Castan-Cameo, S., McGhee, S. M., Wong, I. O., & Johnston, J. M. (2003). Waiting time, doctor shopping, and nonattendance at specialist outpatient clinics: case-control study of 6495 individuals in Hong Kong. *Medical Care*, 41(11), 1293-1300.

- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <http://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lexchin, J., & Grootendorst, P. (2004). Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 34(1), 101-122. <http://doi.org/10.2190/4M3E-LOYF-W1TD-EKG0>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102. 29 de abril de 1986: 15207-24.
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. BOJA núm. 74. 4 de julio de 1998 BOE núm. 185 de 04 de Agosto de 1998.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal: BOE núm. 298. 14 de diciembre de 1999: 43088-43099.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: BOE. 15 de noviembre de 2002.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud: BOE núm. 128. 29 de mayo de 2003: 20567-20588.

- Liew, S.-M., Tong, S. F., Mun Lee, V. K., Ng, C. J., Leong, K. C., & Teng, C. L. (2009). Text messaging reminders to reduce non-attendance in chronic disease follow-up: a clinical trial. *The British Journal of General Practice*, 59(569), 916-920. <http://doi.org/10.3399/bjgp09X472250>
- Lloyd, M., Bradford, C., & Webb, S. (1993). Non-attendance at Outpatient Clinics: Is It Related to the Referral Process? *Family Practice*, 10(2), 111-117. <http://doi.org/10.1093/fampra/10.2.111>
- López, E., Findling, L., & Abramzón, M. (2006). Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? *Salud Colectiva*, 2(1), 61-64.
- Lostao, L., Regidor, E., Calle, M. E., Navarro, P., & Domínguez, V. (2001). Changes in socioeconomic differences in the utilization of and accessibility to health services in Spain between 1987 and 1995/97. *Revista Española de Salud Pública*, 75(2), 115-127.
- Margolis, P. A., Carey, T., Lannon, C. M., Earp, J. L., & Leininger, L. (1995). The rest of the access-to-care puzzle. Addressing structural and personal barriers to health care for socially disadvantaged children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149(5), 541-545.
- Martin, C., Perfect, T., & Mantle, G. (2005). Non-attendance in primary care: the views of patients and practices on its causes,

impact and solutions. *Family Practice*, 22(6), 638-643.

<http://doi.org/10.1093/fampra/cmi076>

Martín-Fernández, J., Gómez-Gascón, T., Cura-González, M. I., Tomás-García, N., Vargas-Machuca, C., & Rodríguez-Martínez, G. (2010). La calidad de vida relacionada con la salud como factor explicativo de la utilización de la consulta de medicina de familia: un estudio bajo el modelo conductual. *Revista Española de Salud Pública*, 84(3), 293-319.

Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *The American Psychologist*, 64(6), 527-537.
<http://doi.org/10.1037/a0016830>

Mira, J. J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I., & Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(5), 273-283.

Molfenter, T. (2013). Reducing Appointment No-Shows: Going from Theory to Practice. *Substance Use & Misuse*, 48(9), 743-749.
<http://doi.org/10.3109/10826084.2013.787098>

Morera-Guitart, J., Mas-Server, M. A., & Más-Sesé, G. (2002). Análisis de los pacientes no presentados a la consulta de neurología de la Marina Alta. *Revista de Neurología*, 34(8), 701-705.

Murdock, A., Rodgers, C., Lindsay, H., & Tham, T. C. K. (2002). Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a

gastroenterology outpatient clinic. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(6), 284-286.

Murray, M., & Tantau, C. (1999). Redefining open access to primary care. *Managed Care Quarterly*, 7(3), 45-55.

Murray, M., & Tantau, C. (2000). Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Family Practice Management*, 7(8), 45-50.

Neal, R. D., Hussain-Gambles, M., Allgar, V. L., Lawlor, D. A., & Dempsey, O. (2005). Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Family Practice*, 6, 47. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-6-47>

Negro, J. M., Campuzano, F. J., Pellicer, F., Bernal, T., Martos, M. D., Martínez, R., ... Ferrándiz, R. (2004). Incumplimiento de citas concertadas en los pacientes de una consulta de alergología tras el segundo año de implantación de un ciclo de mejora. *Alergología e Inmunología Clínica*, 19(5), 196-204.

Negro, J. M., Félix, R., Guerrero, M., Campuzano, F. J., Bernal, T., Pellicer, F., ... Ferrándiz, R. (2004). Evaluación de los resultados obtenidos en el incumplimiento de citas concertadas en pacientes de una consulta de alergología, al año de la implantación de un ciclo de mejora. *Gestión Hospitalaria*, 15(1), 13-21.

- Negro, J. M., Guerrero, M., Campuzano, F. J., Bernal, T., Pellicer, F., Murcia, M. C., & Ferrándiz, R. (2002). Incumplimiento a citas concertadas en pacientes de una consulta de alergología. *Alergología e Inmunología Clínica*, 17, 295-302.
- Nour El-Din, M. M., Al-Shakhs, F. N., & Al-Oudah, S. S. (2008). Missed appointments at a university hospital in eastern Saudi Arabia: magnitude and association factors. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 83(5-6), 415-433.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010 - Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Berlín 22 de noviembre 2010.
- OMS. Derecho a la salud. Nota descriptiva nº323. Noviembre 2013.
- Orueta, R., Gómez-Calcerrada, R., Redondo, S., Soto, M., Alexandre, G., & López, J. (2001). Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 11(3), 140-146.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966
- Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2014 (INE, 2014). Real Decreto 1007/2014, de 5 de diciembre.
- Page, R. L. 2nd, Barton, P., & Nair, K. (2008). Effect of cost-sharing for prescription medications on health outcomes in older adults:

a critical review of the literature and potential implications for managed care. *The Consultant Pharmacist: The Journal of American Society of Consultant Pharmacists*, 23(1), 44-54.

<http://doi.org/10.4140/TCP.n.2008.44>

Pariente-Rodrigo, E., García-Garrido, A. B., Gómez-Molleda, F., Gálvez-Castillo, E., González-Expósito, J., López-León, I., ... Sgaramella, G. A. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud como variable explicativa del consumo de consultas en atención primaria: un análisis por sexo. *Revista Española de Salud Pública*, 89(1), 61-73.

Parikh, A., Gupta, K., Wilson, A. C., Fields, K., Cosgrove, N. M., & Kostis, J. B. (2010). The Effectiveness of Outpatient Appointment Reminder Systems in Reducing No-Show Rates. *The American Journal of Medicine*, 123(6), 542-548. <http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.11.022>

Pascoe, S. W., Neal, R. D., & Allgar, V. L. (2004). Open-access versus bookable appointment systems: survey of patients attending appointments with general practitioners. *The British Journal of General Practice*, 54(502), 367-369.

Paul, J., & Hanna, J. B. (1997). Applying the marketing concept in health care: the no-show problem. *Health Marketing Quarterly*, 14(3), 3-17. http://doi.org/10.1300/J026v14n03_02

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.

Penneys, N. S., & Glaser, D. A. (1999). The incidence of cancellation and nonattendance at a dermatology clinic. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 40(5 Pt 1), 714-718.

Pesata, V., Pallija, G., & Webb, A. A. (1999). A descriptive study of missed appointments: families' perceptions of barriers to care. *Journal of Pediatric Health Care*, 13(4), 178-182.
[http://doi.org/10.1016/S0891-5245\(99\)90037-8](http://doi.org/10.1016/S0891-5245(99)90037-8)

Peters, D. H., Garq, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161-171. <http://doi.org/10.1196/annals.1425.011>

Real Academia Española (2012). Acceso. En *Diccionario de la lengua española (DRAE)* (22ª ed.). Consultado en <http://lema.rae.es/drae/?val=acceso>.

Regidor, E., Martínez, D., Astasio, P., Ortega, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2006). Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 20(5), 352-359.

Regidor, E., Martínez, D., Calle, M. E., Astasio, P., Ortega, P., & Domínguez, V. (2008). Socioeconomic patterns in the use of

public and private health services and equity in health care. *BMC Health Services Research*, 8, 183. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-8-183>

Ricketts, T. C., & Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53(6), 274-280. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2005.06.007>

Rose, K., Ross, J. S., & Horwitz, L. I. (2011). Advanced access scheduling outcomes: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1150-1159. <http://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.168>

Rosenzweig, A., Kuspinar, A., Daskalopoulou, S. S., & Mayo, N. E. (2014). Toward patient-centered care: a systematic review of how to ask questions that matter to patients. *Medicine*, 93(22), e120. <http://doi.org/10.1097/MD.0000000000000120>

Rubin, G., Bate, A., George, A., Shackley, P., & Hall, N. (2006). Preferences for access to the GP: a discrete choice experiment. *The British Journal of General Practice*, 56(531), 743-748.

Salisbury, C. (2008). Evaluating open access: problems with the program or the studies? *Annals of Internal Medicine*, 149(12), 910. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-149-12-200812160-00015>

Salisbury, C., Goodall, S., Montgomery, A. A., Pickin, D. M., Edwards, S., Sampson, F., ... Lattimer, V. (2007). Does Advanced Access improve access to primary health care? Questionnaire survey of

patients. *The British Journal of General Practice*, 57(541), 615-621.

Salkever, D. S. (1976). Accessibility and the demand for preventive care. *Social Science & Medicine*, 10(9-10), 469-475.

Sañudo, S., González, J. M., Gamazo, J. C., Albillos, M. L., Gayubo, P., & De Uribe, F. (2003). Pacientes que no acuden a consulta: características, repercusiones económicas y de gestión, y posibles soluciones. Soria: Actas del VII congreso de Economía Regional de Castilla y León.

Sawyer, S. M., Zalan, A., & Bond, L. M. (2002). Telephone reminders improve adolescent clinic attendance: A randomized controlled trial. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 38(1), 79-83.
<http://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2002.00766.x>

Sharp, D. J., & Hamilton, W. (2001). Non-attendance at general practices and outpatient clinics: Local systems are needed to address local problems. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7321), 1081-1082.

Singer, I. A., & Regenstein, M. (2003). *Advanced Access: Ambulatory Care Redesign and the Nation's Safety Net*. Washington, DC: National Association of Public Hospitals.

Sinnott, S. J., Buckley, C., O'Riordan, D., Bradley, C., & Whelton, H. (2013). The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured

- populations; a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 8(5), e64914. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0064914>
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344(8930), 1129-1133. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
- Starfield, B. (2000). Is US Health Really the Best in the World? *The Journal of the American Medical Association*, 284(4), 483-485. <http://doi.org/10.1001/jama.284.4.483>
- Stubbs, N. D., Geraci, S. A., Stephenson, P. L., Jones, D. B., & Sanders, S. (2012). Methods to reduce outpatient non-attendance. *American Journal of the Medical Sciences*, 344(3), 211-219. <http://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e31824997c6>
- Trivedi, A. N., Moloo, H., & Mor, V. (2010). Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 362(4), 320-328. <http://doi.org/10.1056/NEJMs0904533>
- Van Baar, J. D., Joosten, H., Car, J., Freeman, G. K., Partridge, M. R., Van Weel, C., & Sheikh, A. (2006). Understanding reasons for asthma outpatient (non)-attendance and exploring the role of telephone and e-consulting in facilitating access to care: exploratory qualitative study. *Quality & Safety in Health Care*, 15(3), 191-195. <http://doi.org/10.1136/qshc.2004.013342>

- Van der Meer, G., & Loock, J. W. (2008). Why patients miss follow-up appointments: a prospective control-matched study. *East African Journal of Public Health*, 5(3), 154-156.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X., & for the OECD Health Equity Research Group. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 174(2), 177-183. <http://doi.org/10.1503/cmaj.050584>
- Vikander, T., Parnicky, K., Demers, R., Frisof, K., Demers, P., & Chase, N. (1986). New-patient no-shows in an urban family practice center: analysis and intervention. *The Journal of Family Practice*, 22(3), 263-268.
- Wallace, P., Barber, J., Clayton, W., Currel, R., Fleming, K., Garner, P., ... Wainwright, P. (2004). Virtual outreach: a randomised controlled trial and economic evaluation of joint teleconferenced medical consultations. *Health Technology Assessment*, 8(50), 1-106, iii-iv. <http://doi.org/10.3310/hta8500>
- Waller, J., & Hodgkin, P. (2000). Defaulters in general practice: who are they and what can be done about them? *Family Practice*, 17(3), 252-253. <http://doi.org/10.1093/fampra/17.3.252>
- Waters, H. R. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science & Medicine*, 51(4), 599-612.
- Weinreb, L., Perloff, J., Goldberg, R., Lessard, D., & Hosmer, D. W. (2006). Factors associated with health service utilization

patterns in low-income women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17(1), 180-199.

WHO Europe 2003. Social determinants of Health: The Solid Facts. Second edition / edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot.

Winn, K., Ozanne, E., & Sepucha, K. (2015). Measuring patient-centered care: An updated systematic review of how studies define and report concordance between patients' preferences and medical treatments. *Patient Education and Counseling*, pii: S0738-3991(15), 00127-5. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.012>

Zirkle, M. S., & McNelles, L. R. (2011). Nonattendance at a hospital-based otolaryngology clinic: a preliminary analysis within a universal healthcare system. *Ear, Nose & Throat Journal*, 90(8), E32-34.

12. ANEXOS

Anexo 1: Índice de Barthel.

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BARTHEL

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- **0-20:** *Dependencia Total.*
- **21-60:** *Dependencia Severa.*
- **61-90:** *Dependencia Moderada.*
- **91-99:** *Dependencia Escasa.*
- **100:** *Independencia.*

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona.

Lavarse – bañarse

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión.

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda).
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0	Dependiente	Necesita ayuda para las mismas.

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.

Micción - valorar la situación en la semana previa

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana.
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
-----------	----------------------	---

5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos.
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal.
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).

PUNTUACIÓN TOTAL:

Anexo 2: Autorización Comité de Ética e Investigación.

FRANCISCO RIVAS RUIZ COMO SECRETARIO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN COSTA DEL SOL

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado y ponderado de forma FAVORABLE en Sesión Ordinaria celebrada el 30 de Julio de 2013 el estudio de investigación titulado:

TÍTULO ESTUDIO: Factores determinantes del absentismo en Consultas Externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol; cuya investigadora principal es Lourdes Jabalera Mesa, Responsable Asistencial del Centro de Alta Resolución de Mijas. Agencia Sanitaria Costa del Sol, con código interno: 002_julio_PR - Absentismo CCEE.

Los miembros del CEI CS presentes: Miguel Aguilar Bernier, Luis Baró Rodríguez, Enrique Caso Peláez, Alejandro Pérez Cabeza, Elisabeth Pérez Ruiz, Maximino Redondo Bautista, Francisco Rivas Ruiz, Isabel María Rodríguez Jiménez.

consideran que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.
- Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo en Marbella, a treinta de julio de dos mil trece

Fdo. Francisco Rivas Ruiz
Secretario del CEI Costa del Sol



Anexo 3: Consentimiento informado.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO: Factores determinantes del absentismo en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Lourdes Jabalera Mesa.

CENTRO: AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL.

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Agencia Sanitaria Costa del Sol, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención, posteriormente recibirá una llamada telefónica en la que se le solicitará su consentimiento para participar en el estudio mediante la realización de una encuesta telefónica aclarándole todas las dudas que le puedan surgir.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en él sin que esto afecte a su relación médico-paciente.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El objetivo principal del estudio para el que se solicita su participación es Identificar los factores que influyen en el cumplimiento de las citas de Consultas Externas en la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Mediante la realización de un estudio de casos y controles en los tres centros pertenecientes a la Agencia Sanitaria Costa del Sol: Hospital Costa del Sol, CARE de Mijas y HAR de Benalmádena, en el que los casos serán una muestra de pacientes consecutivos de cada uno de los centros de los pacientes que no acuden a su cita programada de primera visita procedente de atención primaria o revisión y los controles una muestra de pacientes consecutivos de cada uno de los centros de los pacientes que sí acuden a las citas anteriormente referidas en el mismo día y franja horaria, apareados por centro, servicio y tipo de consulta, durante el año 2013.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

La participación en el estudio no comporta riesgo alguno para su salud, así mismo es posible que no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio. No obstante su participación nos permitirá el desarrollo del mismo y con ello poder conocer los factores por los que nuestros pacientes no acuden a las citas programadas en nuestros centros lo que posibilitará poder implementar medidas de mejora en este sentido lo que incidirá directamente en la mejora de la calidad asistencial en nuestra comunidad.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Anexo 4: Cuestionario telefónico.

CASO CONTROL

CARE HAR Benalmádena HCS

Con consentimiento telefónico Sin consentimiento telefónico

Nombre del paciente:.....

Dirección:.....

Número de teléfono: Fijo..... Móvil.....

Nº Historia Clínica:..... NUSHA.....

Edad:.....

Nacionalidad:.....Sexo:.....

Especialidad médica de la consulta:.....

Tipo de consulta:

Primera visita	Revisión:	1mes	2 meses	3 meses
		4 meses	6 meses	1 año

Demora en la asignación de la cita:.....días.

¿Cómo le comunicaron su cita? Personal Teléfono Carta.

Distancia geográfica:..... medida en Km por población de domicilio.

¿Qué medio de transporte utiliza habitualmente para acudir a este centro hospitalario?

A pie Transporte público Vehículo propio Vehículo de amigo o familiar

¿Cuál es su nivel de estudios? Sin estudios Estudios primarios
Estudios medios Estudios Universitarios

¿Cómo considera usted que es su estado de salud?

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

¿Considera usted que el motivo por el cual acudió a su cita precisa una asistencia?

Normal Preferente Urgente

¿Tiene usted más de dos enfermedades o diagnósticos médicos? Sí No

¿Cuál es su situación laboral actual, o en la última ocupación que ha desempeñado?

Trabajador/a por cuenta ajena

Trabajador/a por cuenta propia, autónomo/a

Empresario/ o empleador/a de 10 o más asalariados/as

Empresario/ o empleador/a de menos de 10 asalariados/as

Gerente de empresa de 10 o más asalariados/as

Gerente de empresa de menos de 10 asalariados/as

Ama de casa Estudiante Jubilado Desempleado

¿Se encontraba de baja laboral el día que acudió a su cita? Sí No

¿Tiene usted familiares a su cargo?

No

Sí: Hijos Personas mayores Personas enfermas

Dependencia del paciente

Total Severa Moderada Escasa Independiente

A LOS PACIENTES QUE NO ACUDEN ASU CITA: **(Preguntar solo en pacientes CASOS)**

¿Por qué no acudió a su cita?

Olvido Error administrativo Fallo en la comunicación Mejoría

Incapacidad física Pruebas pendientes Insatisfacción

Otros motivos.....

Solicita nueva cita: Sí No (Preguntar solo en pacientes CASOS)

¿Cuántas veces ha acudido a urgencias en los últimos 6 meses?.....

¿Cuántas veces ha acudido por consultas externas a este centro hospitalario en el último año?.....

Anexo 5: Aceptación publicación artículo en revista *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.*

----- Mensaje original -----

Asunto:[ASSN] Decisión del Editor

Fecha:Wed, 15 Apr 2015 10:55:21 +0200

De:Esther Ezquerro Rodríguez <recyt@recyt.fecyt.es>

Para:MAR A LOURDES JABALERA MESA <mljimesa@hcs.es>

Estimada Lourdes,

El Consejo de Redacción de la revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra ha aceptado el trabajo "Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol" para su publicación en la revista.

Atentamente,

Esther Ezquerro Rodríguez

Consejo de Redacción

Anales del Sistema Sanitario de Navarra

Teléfono 848422807

eezquerr@cfnavarra.es

[Mensaje enviado a través de RECYT, por favor no responda directamente, si necesita contactar con la persona que le envió este mensaje identifíquese en <http://recyt.fecyt.es/> y hágalo desde la plataforma. Para cualquier duda escriba a infoecyt@fecyt.es]

[This message was sent from RECYT, please do not respond to this email. If you would like to contact the person who sent this message, please log in to <http://recyt.fecyt.es> and email him from there. If you have any questions don't hesitate to email us at infoecyt@fecyt.es]

Anexo 6: Publicaciones derivadas del trabajo de Investigación.

Título:

Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

Determinants and economic cost of absenteeism of patients in outpatient departments of the Costa del Sol Health Agency.

Autores:

Lourdes Jabalera Mesa (1), José Miguel Morales Asencio (2), Francisco Rivas Ruiz (3)

(1) Agencia Sanitaria Costa del Sol. (mljmesa@hcs.es)

(2) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.
(jmmasen@uma.es)

(3) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas
(REDISSEC) (frivasr@hcs.es)

Dirección para correspondencia:

M^a Lourdes Jabalera Mesa

Dirección: Urbanización Colina Blanca C/ Gaviota nº 26 C.P.: 29651

Telf.:697957546 / 952464662

mljmesa@hcs.es

Introducción

La inasistencia de los pacientes a sus citas programadas en consultas externas representa un problema en las organizaciones sanitarias, pues supone la infrautilización de los recursos humanos y materiales destinados para dicha asistencia, un esfuerzo adicional en la reprogramación de citas, un coste de oportunidad en los recursos y servicios destinados, y posibles implicaciones en la salud de los sujetos absentistas. El impacto del absentismo es más relevante cuando resulta posible la solicitud ilimitada de nuevas citas, lo que es frecuente en sistemas públicos de salud en los que no existen mecanismos reguladores de la demanda¹.

Los pacientes absentistas generan ineficiencias productivas y económicas, cuyas consecuencias van desde el aumento de las listas de espera, la disminución de la accesibilidad y el incremento de la morbilidad, hasta ocasionar un crecimiento de los costes directos e indirectos².

Las razones del incumplimiento de las citas programadas son complejas y sus causas precisan un análisis exhaustivo para poder introducir en su gestión aquellas medidas correctoras encaminadas a minimizar el problema.

Este hecho, ni es nuevo, ni afecta solo al sistema sanitario español. Diversos estudios^{3,4,5,6,7} en países desarrollados presentan cifras de absentismo que varían entre el 5 y el 25%, datos similares a los arrojados por estudios españoles^{1,2,8,9,10} que oscilan entre el 10 y el 20%.

En referencia a los factores determinantes del absentismo a consultas, varias revisiones^{11, 12,13} los han evaluado, tanto en el entorno hospitalario, como en Atención Primaria. Car y col. llevan a cabo una revisión¹⁴ en la que analizan dichos factores en una amplia gama de entornos de países de Europa, Sudamérica y Sureste Asiático. Los estudios identifican como principales factores relacionados con el paciente para no cumplir con sus citas: el olvido, la confusión sobre la fecha/hora de la cita, la resolución de los síntomas, las creencias de salud, la falta y dificultad de transporte, los problemas de programación, el estado de salud, la resistencia a la consulta, y la frustración con la organización manifestada por largos tiempos de espera y discontinuidad de la atención. Entre los factores relacionados con el sistema destacan: la falta de comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes, los tiempos de

espera, la calidad de consulta, la demora en la asignación de la cita, los problemas administrativos y/o de oficina y el lugar de la atención sanitaria¹⁴.

La ausencia a las citas programadas ha sido presentada como problemática en términos de pérdida de tiempo y el costo financiero involucrado¹⁵, a pesar de ello y aunque son muchos los autores que hacen referencia a este problema^{1,3,4,5, 6,10,13,14,15,16,17} han sido muy escasos los estudios que han llevado a cabo el análisis económico del impacto del absentismo de los pacientes a consultas externas en sus organizaciones^{2,4,15}.

Para mejorar esta situación se pueden realizar dos enfoques, por una parte el análisis simple de la ausencia de forma aislada con el objetivo de mejorar las tasas de asistencia y por otro lado, el estudio completo del problema general del acceso a la salud y la demanda del paciente, explorando nuevas formas de trabajo mediante un enfoque centrado en el paciente.

El objetivo del estudio es identificar los factores de la persona, el proceso y el contexto que influyen en el absentismo de las citas de Consultas Externas en la Agencia Sanitaria Costa del Sol (ASCS), describiendo el perfil del paciente que no acude a su cita, los motivos del absentismo y realizando una estimación del coste económico.

Método

Se realizó un estudio de casos y controles multicéntrico en los centros pertenecientes a la ASCS: Hospital Costa del Sol, Centro de Alta Resolución de Especialidades de Mijas y Hospital de Alta Resolución de Benalmádena en el que los casos fueron una muestra de pacientes consecutivos de cada uno de los centros de los pacientes que no acudieron a su cita programada de primera visita procedente de atención primaria o revisión y los controles una muestra de pacientes consecutivos de cada uno de los centros de los pacientes que sí acudieron a las citas anteriormente referidas en el mismo día y franja horaria, apareados por centro, servicio y tipo de consulta, durante el segundo semestre del año 2013 y el primero del 2014. Así mismo, se realizó un análisis de costes por centro de las citas de cada una de las especialidades en base a la contabilidad analítica, con una comparativa por centros de 2012.

Los sujetos de estudio fueron todos los pacientes mayores de 17 años, citados en primera visita médica procedente de atención primaria o de revisiones

programadas derivadas de primeras visitas médicas, con capacidad para realizar encuesta telefónica y que dieron su consentimiento verbal para participar en el estudio. Excluyéndose aquellas citas de pacientes que no residían en el área de cobertura del hospital de referencia.

El proyecto obtuvo el visto bueno del Comité de Ética de Investigación Costa del Sol, y cumplió con la normativa sobre protección de datos de la LOPD 1999.

A partir de los datos de referencia del estudio de Morera-Guitart et al⁹ esperando una proporción del 30% de pertenencia a ámbito rural (o distancia superior de 25 km. al centro de referencia) entre los sujetos identificados como casos (no acuden a cita) y del 15% en el mismo factor, entre los sujetos identificados como controles (acuden a cita), para una potencia del 80%, y un nivel de confianza del 95%, planteando una selección 1:2 (2 controles por caso incluido), el tamaño de muestra necesario fue de 98 casos y 196 controles (294 sujetos en total). La muestra se multiplicó por tres, ya que fueron tres los centros que se incluyeron.

Los sujetos del grupo Caso (no acuden a su cita) fueron incluidos en el estudio de forma consecutiva conforme se arrancó el periodo de recogida de datos, y los pacientes pertenecientes al grupo Control (acuden a su cita) se extrajeron del programa de citación HCIS entre los dos primeros sujetos del mismo día y franja horaria que el paciente Caso, apareados igualmente por centro, servicio y tipo de consulta. Posteriormente se efectuó el análisis de todas aquellas variables extraíbles de la aplicación informática de ambos grupos. Realizando a continuación por personal entrenado una entrevista telefónica para la recogida del resto de los datos de ambas muestras, procediendo posteriormente al análisis comparativo de los datos obtenidos.

A los pacientes que no contestaron en la primera llamada se les efectuaron dos llamadas más en horarios y días diferentes, aquellos sujetos que no respondieron finalmente a la llamada telefónica, o que rechazaron participar en el estudio fueron sustituidos por el siguiente candidato del centro, todas las encuestas fueron contestadas por los pacientes.

Las variables analizadas fueron de tipo sociodemográfico y contextuales de los pacientes: edad, sexo, nivel de estudios, autopercepción de salud, nacionalidad, percepción de ser atendido, pluripatología (más de dos

enfermedades de base), ocupación, baja laboral, cargas familiares, dependencia del paciente, medio de transporte habitual utilizado cuando acude al centro hospitalario, frecuencia de citas de consultas externas en el último año, frecuencia de urgencias en los últimos 6 meses. También se estudiaron variables relativas al sistema y procesos de atención: tipo de consulta, especialidad médica de la consulta, tipo de aviso, demora en la asignación de la cita, distancia geográfica. En los sujetos etiquetados como casos también se evaluó el motivo de absentismo² clasificándolos en dos grandes grupos de causas: evitables (olvido, error administrativo, fallo en la comunicación, pendiente de pruebas, insatisfacción) y no evitables (incapacidad física, mejoría, cambio de domicilio, otros motivos). Por último, se evaluaron variables de inputs en costes: coste unitario por centro y especialidad, extraídos de la contabilidad analítica de la base de datos de la Consejería de Salud de Andalucía. Los datos se expresan en costes totales que incluyen la imputación directa de costes controlables (personal, fungible y equipamiento, fármacos, consumos y prestaciones) a centros de responsabilidad por número de consultas externas (pacientes) y la imputación indirecta de costes de servicios (lavandería, limpieza, cocina, seguridad, mantenimiento, administración, informática) mediante criterios de reparto (superficie útil, kilos de ropa lavada, nº de dietas, nº de profesionales).

Las fuentes de datos utilizadas fueron la Hª Clínica hospitalaria informatizada y la entrevista domiciliaria.

Para el análisis estadístico se realizó un análisis descriptivo usando medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas, tanto para las variables independientes referentes a toda la muestra (Casos y Controles), como las variables exclusivas de la muestra de los Casos. Posteriormente un análisis bivariado tomando como variable principal ser caso o control (“no acuden” frente a los que “acuden”), para la comparación de subgrupos, utilizándose para las variables continuas la t-Student para muestras independientes (en el caso de distribución normal comprobado con test de Kolmogorov-Smirnov) y el test de la U de Mann-Whitney (en caso de distribución no normal); y en cuanto a las variables cualitativas o categóricas se utilizó el test de la Ji-Cuadrado, o de Fisher, en su caso (observaciones esperadas por casilla inferior a 5), para las variables

cualitativas. Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística múltiple, por pasos hacia delante, calculando las Odds Ratio (OR) y respectivos intervalos de confianza al 95%(IC95%).

Resultados

Se completó el reclutamiento definido inicialmente en cada uno de los centros, así se recogieron 294 citas de pacientes que no asistieron a la cita (casos) y 588 controles, el 2% de los casos y 3% de los controles renunciaron a participar en el estudio, siendo sustituidos por el siguiente candidato del centro.

No se hallaron diferencias en la distribución de las características del centro y tipo de consulta entre grupo de casos y controles, salvo en la demora de asignación de cita, que era superior en los casos (media: 25, 2 días; DE: 37,3) que en los controles (media: 19,2; DE: 30,9). En ambos grupos la primera visita fue el tipo de consulta más valorado (48,6%), seguido de la primera revisión (por encima del 14%) (Tabla 1).

Respecto a las características del paciente, en ambos grupos predominaban las citas de mujeres (más del 60%), y la nacionalidad española (superior al 85%). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad, al ser superior los controles (media: 55,7; DE: 16,9) que en los casos (media: 51,3; DE: 17,5) (Tabla1). No se encontraron diferencias entre ambos grupos en función de la especialidad a la que estaba asignada la consulta.

Los datos muestran que el análisis de tener familiares a cargo se encuentra al límite de la significación estadística ($p=0,050$), lo que supondría un factor de riesgo en el absentismo de los pacientes en Consultas Externas. Pero al analizar si el tipo de carga familiar influye en el absentismo en consultas observamos que no es significativo ($p=0,201$). Los hijos son el tipo de carga familiar más habitual tanto en los casos con un 93,9% ($n=139$), como en los controles con un 88,5% ($n=231$) (Tabla 1).

En la información referente a uso de servicios sanitarios en el año previo, se hallaron diferencias significativas tanto en el número medio de veces que acudió a consultas externas, superior en los controles (4,8; DE: 5,0) que en los casos (3,6; DE: 4,0); como en la valoración cualitativa de la misma variable, dado que la presencia de acudir a consulta externa en el año previa era del 97,4% en los controles, frente al 78,2% en los casos (Tabla 2).

De la entrevista específica a los casos sobre los motivos de no acudir a la cita, el 29,7% reflejaron el olvido y un 16% fallo en la comunicación entre sistema y paciente. Un total de 170 casos (57,8%) solicitaron una nueva cita (Tabla 2).

Se diseñó un modelo de regresión logística multivariante, tomando como variable dependiente la presencia o ausencia de absentismo a las consultas y como predictoras, aquellas que en el análisis bivariante habían mostrado algún indicio de influencia o asociación. El modelo final, presentó un ajuste adecuado (prueba de Hosmer-Lemeshow, $p=0,151$), con una clasificación adecuada del 68,3%. El modelo mostró cómo la demora en la cita actuaba como factor protector en el caso de que ésta fuera menor, que la edad se asocia inversamente al absentismo en consultas y que la frecuentación habitual a consultas en el último año actúa también como factor protector del absentismo a consultas (Tabla 3).

El impacto económico total en la ASCS fue superior a 3 millones de euros para una tasa de inasistencia del 13,8%, representando un 14% del total del global de las consultas de la agencia (400.761 citas). Por centros, el coste económico en el Hospital Costa del sol ascendió a 2.475.640€ con un incumplimiento del 14,2%, en el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena fue de 515.936€ con el 12,2% y en el Centro de Alta Resolución de Mijas se registró un coste de 395.342€ con una tasa de inasistencia del 13,5% (Gráfico 1).

Discusión

El objetivo de este estudio era identificar los factores de la persona, el proceso y el contexto que influyen en el absentismo de las citas de Consultas Externas en la ASCS, describiendo el perfil del paciente que no acude a su cita, los motivos del absentismo y realizando una estimación del coste económico.

Los resultados obtenidos ponen de relieve que sujetos jóvenes, con demora en la adjudicación de la cita y sin antecedentes de frecuentación de consultas es el perfil del absentista en nuestra área sanitaria, siendo el olvido y el fallo en la comunicación los principales motivos manifestados por los pacientes para no acudir a su consulta.

En relación al sexo, nuestros datos se encuentran al límite de la significación, al igual que estar de baja laboral, aunque ésta con menor significación. En la literatura la relación entre el género y el absentismo en consultas no aparece

de forma concluyente, si bien, las referencias en cuanto a una mayor frecuencia en varones son superiores^{2, 6, 8,10}.

Negro et al afirman en base a estudios previos que no existe un perfil definido del paciente incumplidor en general, pero si son muchos los autores que han hallado datos que ponen de manifiesto, como en nuestro caso, un mayor incumplimiento en pacientes jóvenes^{1,3,6,8,10,11,18,19}, explicado quizás por la percepción de salud de este grupo de edad.

Un dato muy a tener en cuenta es la demora en la asignación de la cita como factor contribuyente. Ya en 1996 Bowman et al mostraron que un menor tiempo de espera mejora la tasa de asistencia en primeras visitas²⁰. En este sentido nuestro análisis confirma resultados previos de que la demora en la cita en general es un factor de riesgo para el absentismo de los usuarios a las consultas externas^{12, 15, 21,22}.

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en referencia a la lejanía al centro, aunque existen varios estudios de nuestro entorno^{8, 9} que las avalan, dato éste explicado por la buena accesibilidad (distancia media inferior a 10Km) a los centros de nuestra área de cobertura. Tampoco ha sido determinante el transporte utilizado por el paciente para trasladarse al hospital, hecho que en otros estudios ha supuesto, generalmente en contextos asistenciales con desarrollo deficitario^{5, 7}.

Los datos muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuentación previa a consultas externas, actuando ésta como un factor protector. La bibliografía de referencia no analiza este factor pero sí son muchos los autores que han relacionado que los pacientes que no acudieron a su cita médica, habían presentado incumplimiento previo^{3, 4, 8,10}, por lo que manifiestan un perfil de paciente reincidente. Así mismo, el 57,8% de los pacientes que faltaron a su cita solicitaron una nueva cita, cifra muy similar a la obtenida por Neal et al (60%) en el contexto de consultas de medicina general en West Yorkshire (Reino Unido)³. Esto nos permite hacer una doble lectura: por una parte el incremento del coste sanitario imputado y por otra parte tras analizar algunas de las causas es posible que las preferencias o circunstancias de los pacientes inclinen la balanza en favor de otras opciones antes que asistir a la consulta médica (viajes, motivos laborales), o que el agravamiento de su situación de salud o la interferencia de otros problemas de salud (hospitalización,

otras enfermedades), aunque en menor medida, también juegue un papel en la explicación del absentismo. No puede descartarse tampoco, aunque en este estudio es imposible de discernir, que haya existido una inadecuación en la indicación de la derivación a consultas de atención especializada.

La relevancia del estudio de los fallos en las citas viene dada por el hecho de que la mayoría de las causas por las que los pacientes no se presentan a sus citas podrían evitarse⁹. Varios estudios que han analizado las causas de la inasistencia cifran los motivos evitables en torno al 56%^{9,23}, dato muy aproximado al 52,4% que hemos hallado en nuestro análisis. El principal motivo evitable ha sido el olvido y muchos estudios avalan este dato^{1, 3, 4, 7, 8, 9, 24, 25,26}, cuya cifra varía desde el 13,7% hallado por Fonseca et al en el ámbito hospitalario en nuestro país¹, hasta el 40% de Neal et al en el contexto ambulatorio en Reino Unido³. Diversas intervenciones utilizando diferentes métodos de aviso han sido probadas para reducir la tasa de fallos en las citas¹⁹. La mayoría de los estudios han demostrado una reducción en las tasas de inasistencia, independientemente del método de recordatorio utilizado^{16, 27}. Los recordatorios postales son eficaces, pero costosos, y su efecto disminuye con el tiempo^{4, 28}. En cuanto a los recordatorios telefónicos, varios ensayos clínicos mostraron evidencia de que éstos pueden reducir las citas perdidas, Sawyer et al obtuvieron una reducción de la tasa de inasistencia de un 12% en adolescentes²⁴ y Hashim et al del 7% en población urbana neoyorquina²⁹. En referencia a los mensajes de texto, Liew et al concluyen que son igual de efectivos que los recordatorios telefónicos²⁶, y Gurol- Urganci et al en revisión sistemática de 2013 manifiestan que son más efectivos que ningún recordatorio.²⁵

Varios estudios apuntan a este método como el más costo-efectivo^{19, 30} y Hasvold et al concluyen tras su revisión sistemática, que el coste de su implantación en el sistema sería menor al que soporta la organización por la inasistencia de nuestros pacientes a las consultas médicas³⁰. Si bien hay que tener en cuenta que el éxito de la implantación de este sistema pasa por tener una base de datos de teléfonos de contacto de los pacientes actualizada.

El fallo de comunicación fue la segunda causa más frecuente (16%) de error en la cita por causas evitables hallazgo que no coincide con Morena-Guitard et al que lo sitúan en quinto lugar⁹. Es necesario en este sentido implementar

medidas de mejora encaminadas a la asignación de la cita de revisión en el acto de la consulta médica, con lo que el paciente tiene la opción de elegir el momento de su cita programada permitiendo la conciliación con su vida laboral y personal. Para ello es imprescindible mejorar la gestión de las agendas realizando una programación anual que posibilite la asignación de revisiones de larga data.

Casi la mitad de los motivos correspondería en este caso a causas no evitables tales como mejoría e incapacidad física, otras prioridades u otros motivos (laborales, personales). Estos datos ponen de manifiesto la importancia de desarrollar intervenciones no sólo encaminadas a paliar y corregir el impacto de los motivos evitables sino en concienciar a la ciudadanía de la necesidad de en caso de que no pueda acudir a su cita programada, avise para que se pueda citar en su lugar a otro paciente. Una medida a valorar en este caso sería la disponibilidad de un número directo de contacto del centro para anular las citas que constara impreso en la nota de cita del paciente.

Las citas perdidas son una de las principales causas de la ineficiencia en la prestación de asistencia sanitaria, con importantes costos monetarios para los sistemas de salud, y retrasos en el diagnóstico y el tratamiento para el paciente que no asiste¹⁴. En nuestro país, varios son los estudios que hacen referencia al costo que supone la inasistencia para el sistema sanitario^{1, 2, 8,10} pero solo dos aportan datos económicos del mismo, Negro et al cuantifican el coste de las citas perdidas durante un año en el Servicio de Alergología en 109 mil euros⁸ y Alcolea et al cifran en 14 mil euros el coste de la inasistencia a consultas durante un periodo de cinco meses en los Hospitales del Consorcio Aragonés de Alta Resolución².

En esta línea nuestro análisis constata el gasto total en 3.386.919€ para una tasa de inasistencia del 13,8%, representando un 14% del total del coste global de las consultas de la ASCS. Estos datos ponen de manifiesto la relevancia del desarrollo de medidas encaminadas a reducir las cifras de incumplimiento en citas médicas en las organizaciones sanitarias.

El estudio presenta algunas limitaciones derivadas del posible sesgo de no respuesta a las llamadas para las encuestas, dado que los sujetos que no acuden a su cita podían tener una menor motivación a no participar en el estudio, o a no contestar al teléfono. No obstante, la tasa de no respuesta (2%

en los casos y 3% en los controles) no representa diferencias significativas entre ambos grupos, y tampoco hubo ninguna pérdida por fallecimiento.

Así mismo, no se estudiaron las causas por las que los pacientes que no acudieron a su visita médica no solicitaron una nueva cita, lo que nos habría permitido valorar aspectos como la indicación médica en el caso de que el motivo hubiera sido “porque no la necesitaran”.

RESUMEN:

Objetivo: Identificar los factores de la persona, el proceso y el contexto que influyen en el cumplimiento de las citas de consultas externas en la Agencia Sanitaria Costa del Sol, describiendo el perfil del paciente que no acude a su cita, los motivos del absentismo y realizando una estimación del coste económico. **Método:** Estudio observacional multicéntrico de casos y controles, mediante encuesta a pacientes citados en consultas ambulatorias durante 2013 y 2014 y un análisis de costes por consultas. **Resultados:** Participaron en el estudio 882 pacientes (294 casos y 588 controles). El olvido (29,6%; n=87) y el fallo en la comunicación (16%; n=47), fueron los principales motivos manifestados por los pacientes absentistas. Una menor demora en la cita y la edad avanzada se asociaban significativamente con menos ausencias, al igual que haber frecuentado más las consultas en el último año. El coste económico fue superior a 3 millones de euros para una tasa de inasistencia del 13,8%.

Conclusiones: Los pacientes jóvenes que no frecuentan habitualmente las consultas constituyen el grupo de mayor riesgo de ausencia a las citas programadas en nuestra área sanitaria, por lo que se han de definir medidas dirigidas a este grupo de población. Los principales motivos del absentismo son evitables y podrían beneficiarse de intervenciones como la mejora de los procedimientos de comunicación o sistemas de recordatorio de citas.

Palabras clave: Citas y Horarios, consulta, pacientes ambulatorios, atención ambulatoria, cooperación del paciente, estudios de casos y controles.

ABSTRACT:

Aim: To identify factors related to the people, the process and the context that determine the patient compliance with their appointments in the ambulatory outpatient services in the Health Care Agency Costa del Sol, to obtain the profile of patients who fail in their appointments, the reasons of this failure and an estimation of economic cost. **Methods:** Observational multicentre case-control study, through a survey carried out to patients with an appointment in the ambulatory outpatient services during 2013 and 2014, and analysis of the cost per appointment. **Results:** In total, 882 patients participated in the study (294 cases and 588 controls). The main reasons to miss an appointment were forgetting it (29, 6%; n=87), and shortfalls in communication (16%; n=47). Short delay in the appointment and older age were significantly associated with fewer

absences, as well as having attended more consultations in the past year. The economic cost was more than 3 million euros for a non-attendance rate of 13.8%. **Conclusions:** Young patients who usually do not visit outpatient clinics are at greatest risk of absence from scheduled appointments in our health area, so that measures aimed at this population group need to be deployed. The main reasons for absenteeism are preventable and could benefit from interventions such as improved communication procedures or appointment reminder systems.

KEY WORDS: Appointment and Schedules, Referral and consultation, Outpatients Clinics Hospital, Ambulatory Care, Patient Compliance, Case-Control Studies.

Referencias:

1. Fonseca E, Vázquez P, Mata P, Pita S, Muiño MS. Estudio de la inasistencia a las citaciones en consulta en un servicio de dermatología. *Piel* 2001; 16: 485-489.
2. Alcolea M, Gorgemans S. Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada en el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusiones económicas y demoras. *Rev Adm Sanit.* 2009; 7(4):715-28.
3. Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam Pract.* 2005 Nov 7; 6:47.
4. Murdock A, Rodgers C, Lindsay H, Tham TC. Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *J R Soc Med.* 2002 Jun; 95(6):284-6.
5. Van der Meer G, Looock JW . Why patients miss follow-up appointments: a prospective control-matched study. *Afr J Public Health.* 2008 Dec; 5 (3):154-6.
6. Zirkle MS, McNelles LR. Nonattendance at a hospital-based otolaryngology clinic: a preliminary analysis within a universal healthcare system. *Ear Nose Throat J.* 2011 Aug; 90(8):E32-4.
7. Nour El-Din MM, Al-Shakhs FN, Al-Oudah SS. Missed appointments at a university hospital in eastern Saudi Arabia: magnitude and association factors. *J Egypt Public Health Assoc.* 2008; 83(5-6):415-33.
8. Negro JM, Campuzano FJ, Pellicer F, Bernal T, Martos MD, Martínez R et al. Incumplimiento de citas concertadas en los pacientes de una consulta de alergología tras el segundo año de implantación de un ciclo de mejora. *Alergol Inmunol Clin* 2004; 19: 195-204.

9. Morera-Guitard J, Mas-Server MA, Más-Sese J. Análisis de los pacientes no presentados a la consulta de neurología de la Marina Alta. REV NEUROL 2002; 34 (8): 701-705.
10. Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, Redondo S, Soto M, Alejandre G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. MEDIFAM 2001 Marz; 11: 140-146.
11. Deyo RA, Inui TS. Dropouts and broken appointments. A literature review and agenda for future research. Medical Care 1980; 18(11):1146–57.
12. Sharp DJ, Hamilton W. Non-attendance at general practices and outpatient clinics. BMJ 2001; 323(7321):1081–2.
13. George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. Family Practice 2003; 20(2):178–84.
14. Car J, Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec Jamsek V, R Atun. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. Cochrane Data-base Syst Rev. 2012 Jul 11; 7: CD007458. doi: 10.1002/14651858.CD007458. pub2.
15. Martin C, Perfect T, Manto G. Non-attendance in primary care: the views of patients and practices on its causes, impact and solutions. Fam Pract 2005 Dec; 22 (6):638-43.
16. Stubbs N, Geraci S, Stephenson P, Jones D, Sanders S. Methods to Reduce Outpatient Non-attendance. The American Journal of the Medical Sciences. Volume 344, Number 3, September 2012.
17. Negro JM, Félix R, Guerrero M et al. Evaluación de los resultados obtenidos en el incumplimiento de citas concertadas en pacientes de una consulta de alergología al año de la implantación de un ciclo de mejora. Gestión Hospitalaria 2004;15(1):13-22.

18. Giunta D, Briatore A, Baum A, Luna D, Waisman G, de Quiros FG. Factors associated with nonattendance at clinical medicine scheduled outpatient appointments in a university general hospital. *Patient Prefer Adherence*. 2013 Nov 8; 7: 1163-70. doi: 10.2147/PPA.S51841. eCollection 2013.
19. Perron NJ, Dao MD, Kossovsky MP, Miserez V, Chuard C, Calmy A, Gaspoz JM. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. *BMC Fam Pract*. 2010 Oct 25; 11:79. doi: 10.1186/1471-2296-11-79.
20. Bowman RJC, Bennett HGB, Houston CA, Aitchenson TC, Dutton GN. Waiting times for and attendance at paediatric ophthalmology outpatient appointments. *BMJ* 1996; 313 : 1244
21. Bickler CB. Defaulted appointments in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1985; 35(270):19–22.
22. Hagerman GA. Testing the mailed appointment reminder in family practice. *J Fam Pract*. 1978;7(1):199–201.
23. Sañudo S, González JM, Gamazo JC, Albillos ML, Gayubo P, De Uribe F. Pacientes que no acuden a consulta: características, repercusiones económicas y de gestión, y posibles soluciones. Soria: Actas del VII congreso de Economía Regional de Castilla y León; 2003.
24. Sawyer SM, Zalan A, Bond LM. Sawyer SM, Zalan A, Bond LM. Telephone reminders improve adolescent clinic attendance: a randomized controlled trial. *J Paediatr Child Health*. 2002; 13 (1):79–83.
25. Gurol-Urganci I1, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R, Car J. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Data-base Syst Rev*. 2013 Dec 5;12:CD007458. doi: 10.1002/14651858.CD007458. pub3.
26. Liew SM, Tong SF, Lee VK, Ng CJ, Leong KC, Teng CL. Text messaging reminders to reduce non-attendance in chronic disease follow-up: a clinical trial. *Br J Gen Pract*. 01 de diciembre 2009; 59 (569): 916-920.

27. Koshy E, Car J, Majeed A. Effectiveness of mobile-phone short message service (SMS) reminders for ophthalmology outpatient appointments: Observational study. *BMC Ophthalmol.* 2008 May 31; 8:9.
28. Henderson R. Encouraging attendance at outpatient appointments: can we do more? *Scott Med J.* 2008; 13 (1):9–12.
29. Hashim MJ, Franks P, Fiscella K. Effectiveness of telephone reminders in improving rate of appointments kept at an outpatient clinic: a randomized controlled trial. *J Am Fam Pract Junta* 2001; 13 (3):193-196
30. Hasvold PE, Wootton R. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. *J Telemed Telecare.* 2011;17(7):358-64.

Tabla 1: Características del centro, tipo de consulta y sujetos incluidos

Características del centro y tipo de consulta								
Centro		Control		Caso		p		
		n	%	n	%			
Centro	CARE Mijas	196	33,3	98	33,3			
	HAR Benalmádena	196	33,3	98	33,3			
	HCS Marbella	196	33,3	98	33,3			
Especialidad Médica	Anestesia	18	3,1	9	3,1			
	Cardiología	54	9,2	27	9,2			
	Cirugía	56	9,5	28	9,5			
	Dermatología	28	4,8	14	4,8			
	Digestivo	50	8,5	25	8,5			
	Ginecología	42	7,1	21	7,1			
	Hematología	8	1,4	4	1,4			
	Medicina Interna	48	8,2	24	8,2			
	Neumología	48	8,2	24	8,2			
	Oftalmología	32	5,4	16	5,4			
	Otorrinolaringología	52	8,8	26	8,8			
	Rehabilitación	24	4,1	12	4,1			
	Tocología	42	7,1	21	7,1			
	Traumatología	54	9,2	27	9,2			
	Urología	32	5,4	16	5,4			
	Tipo de consulta	Primera visita	286	48,6	143		48,6	0,27
		Revisión 1 mes	98	16,7	43		14,6	
Revisión 2 meses		56	9,5	20	6,8			
Revisión 3 meses		48	8,2	30	10,2			
Revisión 4 meses		15	2,6	14	4,8			
Revisión 6 meses		59	10,0	35	11,9			
Revisión 1 año		26	4,4	9	3,1			
Comunicación de la cita		Carta	109	18,5	65	22,6	0,408	
	Personal	230	39,1	119	41,3			
	Teléfono	232	39,5	99	34,4			
	Dos vías	17	2,9	5	1,7			
Considera que el motivo de acudir a cita precisa asistencia...						0,663		
	Normal	451	76,8	232	78,9			
	Preferente	104	17,7	45	15,3			
	Urgente	32	5,5	17	5,8			
Demora Asignación de cita (días)						0,048		
Media ; DE	19,2	30,9	25,2	37,3				

Tabla 1: Características del centro, tipo de consulta y sujetos incluidos

Características de los sujetos incluidos						
		Control		Caso		p
		n	o media	% o DE	n	
Sexo	Hombre	209	35,5	122	37,5	0,099
	Mujer	379	64,5	172	62,5	
Edad		55,7	16,9	51,3	17,5	<0,001
Nacionalidad	Española	532	90,5	254	86,4	0,085
	Extranjera	56	9,5	40	13,6	
Distancia geográfica al centro	<10 kms	411	69,9	216	73,5	0,436
	>= 10 kms	177	30,1	78	26,5	
Transporte habitual acudir a centro	A pie	60	10,2	35	11,9	0,752
	Transporte público	91	15,5	38	12,9	
	Vehículo propio	328	55,8	172	58,5	
	Vehículo de amigo o familiar	109	18,5	49	16,7	
Nivel de estudios	Sin estudios	103	17,5	42	14,3	0,437
	Primarios	221	37,6	113	38,4	
	Medios	174	29,6	99	33,7	
	Universitarios	90	15,3	40	13,6	
Estado de salud percibido	Muy bueno - Bueno	369	62,8	176	60,1	0,538
	Regular-Malo-Muy Malo	219	37,2	117	39,9	
Presencia de más de dos enfermedades o diagnósticos médicos	No	321	54,6	176	60,1	0,070
	Si	267	45,4	117	39,9	
Situación laboral	Cuenta propia	49	8,3	32	10,9	0,210
	Cuenta ajena	187	31,8	103	35,0	
	Empresario	1	0,2	0	0,0	
	Ama de casa	98	16,7	38	12,9	
	Estudiante	8	1,4	9	3,1	
	Pensionista	177	30,1	75	25,5	
Incapacidad laboral transitoria	Desempleado	68	11,6	37	12,6	0,047
	No	558	95,1	287	97,6	
Familiar a cargo	Si	29	4,9	7	2,4	0,05
	No	328	55,9	146	49,7	
Hijos a cargo	Si	260	44,3	148	50,3	
	No	357	60,7	155	52,7	
Cuidado de personas mayores	Si	231	39,3	139	47,3	
	No	561	95,4	285	96,9	
Nivel de dependencia	Si	27	4,6	9	3,1	0,300
	Total	3	0,5	0	0,0	
	Severa	2	0,3	2	0,7	
	Moderada	20	3,4	15	5,1	
	Escasa	50	8,5	18	6,1	
	Independiente	512	87,2	258	88,1	

Tabla 2: Causas de absentismo y frecuentación de servicios en 6 últimos meses.

	Control		Caso		p
	n	%	n	%	
Por qué no acudió a su cita					
Olvido			87	29,7	
Error administrativo			10	3,4	
Fallo comunicación			47	16,0	
Mejoría			14	4,8	
Incapacidad física			11	3,8	
Prueba pendiente			3	1,0	
Insatisfacción			6	2,0	
Otros motivos*			115	39,3	
Nueva cita					
No			124	42,2	
Si			170	57,8	
Cuántas veces acude a urgencias en últimos 6 meses					
Media ; DE	0,6	1,1	0,8	1,4	0,183
Cuántas veces acude a consultas externas en último año					
Media ; DE	4,8	5,0	3,6	4,0	<0,001
Acude a urgencias a últimos 6 meses					
No	364	61,9	172	58,5	0,367
Si	224	38,1	122	41,5	
Acude a consultas externas a último año					
No	15	2,6	64	21,8	<0,001
Si	573	97,4	230	78,2	

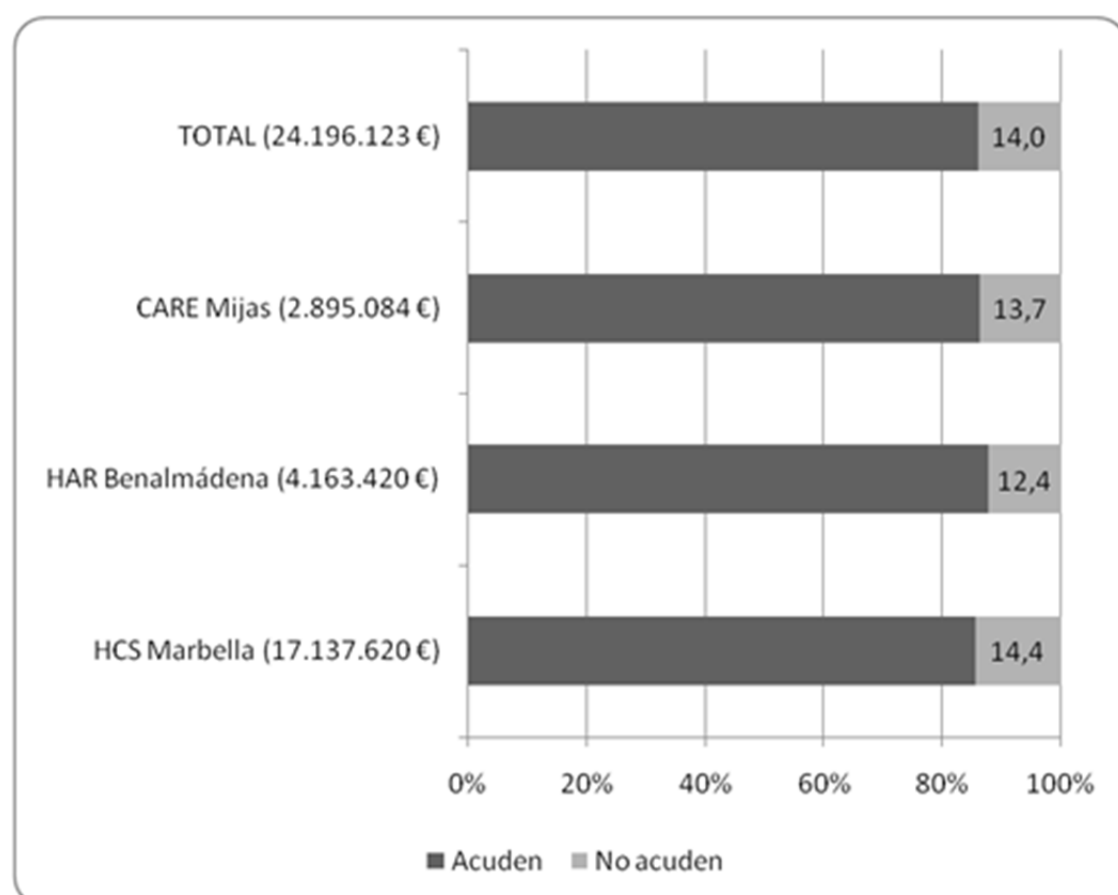
*Viajes, motivos laborales, confusión en la cita, problemas de transporte, hospitalización, otras enfermedades, visita a médico privado, otra cita médica el mismo día, accidente de tráfico.

Tabla 3. Regresión logística multivariante riesgo de ser Caso

Variables	β	p	Odds Ratio	IC 95%	
				Inferior	Superior
Edad	0,015	0,001	1,015	1,006	1,024
Sexo	-0,285	0,059	0,752	0,56	1,01
Baja laboral	0,801	0,066	2,228	0,949	5,227
Demora citas (días)	-0,005	0,019	0,995	0,991	0,999
Acude a consultas	0,052	0,010	1,053	1,013	1,096

Potencia estadística para la OR de edad, demora en la cita y frecuentación consultas: 99.7%

Gráfico1: Estimación de costes



13. INDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Datos de actividad en Consultas Externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.	55
Tabla 2.- Evolución de la población en el área de cobertura.	65
Tabla 3.- Datos de actividad en Consultas Externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.	66
Tabla 4.- Variables.	69
Tabla 5.- Sexo.	81
Tabla 6.- Tipo de nacionalidad.	82
Tabla 7.- Descripción variable edad.	84
Tabla 8.- Especialidades frecuentadas.	85
Tabla 9.- Tipo de consulta.	87
Tabla 10.- Descripción variable demora en la cita.	89
Tabla 11.- Cómo le comunican su cita.	90
Tabla 12.- Descripción variable distancia geográfica al centro hospitalario.	91
Tabla 13.- Medio de transporte.	92
Tabla 14.- Nivel de estudios.	93
Tabla 15.- Percepción de salud.	94
Tabla 16.- ¿Cómo considera el tipo de atención que necesita?	96
Tabla 17.- ¿Más de 2 enfermedades diagnosticadas?	97
Tabla 18.- Clase social.	98

Tabla 19.- Clase social sensible a ingresos.	99
Tabla 20.- ¿Baja laboral?	101
Tabla 21.- ¿Familiares a cargo?.....	102
Tabla 22.- Tipo de carga familiar.	103
Tabla 23.- Nivel de dependencia.	104
Tabla 24.- Descripción variable frecuentación Urgencias últimos 6 meses.....	105
Tabla 25.- Frecuentación Consultas Externas último año.....	106
Tabla 26.- Motivo absentismo a la cita.....	107
Tabla 27.- Especificación Otros Motivos.	108
Tabla 28.- Se le planifica nueva cita.....	110
Tabla 29.- Edad, Demora, Distancia, Frecuentación a Urgencias y Consultas.	111
Tabla 30.- Tabla contingencia. ¿Acude Consultas último año? por grupo.	113
Tabla 31.- Tabla contingencia. Sexo por grupo.	115
Tabla 32.- Tabla contingencia. Especialidad médica por grupo.....	118
Tabla 33.- Tabla contingencia. Tipo consulta por grupo.	121
Tabla 34.- Tabla contingencia. Comunicación cita por grupo.....	124
Tabla 35.- Tabla contingencia. Transporte habitual para acudir a cita por grupo.....	127
Tabla 36.- Tabla contingencia. Nivel de estudios por grupo.	129
Tabla 37.- Tabla contingencia. Percepción de salud por grupo.....	131

Tabla 38.- Tabla contingencia. Tipo de atención que necesita por grupo.	133
Tabla 39.- Tabla contingencia. Más de dos enfermedades diagnosticadas por grupo.	135
Tabla 40.- Tabla contingencia. Clase social por grupo.	137
Tabla 41.- Tabla contingencia. ¿Baja laboral? por grupo.	139
Tabla 42.- Tabla contingencia. ¿Familiares a cargo? por grupo.	141
Tabla 43.- Tabla contingencia. Tipo de carga familiar por grupo.	143
Tabla 44.- Tabla contingencia. Nivel de dependencia por grupo.	145
Tabla 45.- Análisis multivariante. Absentismo en Consultas.	147
Tabla 46.- Análisis económico. Costes totales.	148
Tabla 47.- Análisis económico. Costes medios centro por grupo.	150
Tabla 48.- Análisis económico. Costes por especialidades.	152

14. INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1.- Histograma edad.....	84
Gráfico 2.- Especialidades frecuentadas.....	86
Gráfico 3.- Tipo de consulta.	88
Gráfico 4.- Histograma demora cita en días.....	89
Gráfico 5.- Comunicación cita.....	90
Gráfico 6.- Histograma distancia al centro en km.....	91
Gráfico 7.- Medio de transporte.....	92
Gráfico 8.- Nivel de estudios.	93
Gráfico 9.- Percepción estado de salud.	95
Gráfico 10.- Tipo atención que necesita.....	96
Gráfico 11.- ¿Más de 2 enfermedades?	97
Gráfico 12.- Clase social.....	99
Gráfico 13.- Clase social sensible a ingresos.	100
Gráfico 14.- ¿Baja laboral?	101
Gráfico 15.- ¿Familiares a cargo?.....	102
Gráfico 16.- Tipo de carga familiar.	103
Gráfico 17.- Nivel de dependencia.	104
Gráfico 18.- Histograma frecuentación Urgencias últimos 6 meses.	105

Gráfico 19.- Frecuentación Consultas Externas último año.	106
Gráfico 20.- Motivo absentismo a la cita.	109
Gráfico 21.- Especificación Otros Motivos.....	109
Gráfico 22.- Se le planifica nueva cita.	110
Gráfico 23.- ¿Acude a Consultas Externas en último año? Caso – Control.....	114
Gráfico 24.- Sexo en Caso - Control.	116
Gráfico 25.- Porcentaje sexo en Caso - Control.....	116
Gráfico 26.- Especialidades médicas en Caso - Control.	120
Gráfico 27.- Tipo consulta en Caso - Control.	123
Gráfico 28.- Comunicación cita en Caso - Control.....	125
Gráfico 29.- Transporte habitual para acudir cita en Caso - Control.....	128
Gráfico 30.- Nivel de estudios en Caso - Control.	130
Gráfico 31.- Percepción de salud en Caso - Control.	132
Gráfico 32.- Tipo de atención que necesita en Caso - Control.	134
Gráfico 33.- Más de dos enfermedades diagnosticadas en Caso - Control.	136
Gráfico 34.- Clase social en Caso - Control.	138
Gráfico 35.- Baja laboral por grupos.	140
Gráfico 36.- Familiares a cargo por grupos.....	142
Gráfico 37.- Tipo de carga familiar en Caso - Control.	144

Gráfico 38.- Nivel de dependencia en Caso - Control.	146
Gráfico 39.- Costes medios totales por centro.	149
Gráfico 40.- Costes medios centro por grupo.	150
Gráfico 41.- Costes por especialidades.....	154